DE LA CURE RADICALE

DU VARICOCÈLE.

On trouve chez le même Libraire :

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, par A. VIDAL (de Cassis). *Deuxième édition* entièrement refondue et considérablement augmentée. Paris, 1846, 5 vol. in-8 de 700 pages chacun, accompagnés de plus de 500 figures intercalées dans le texte. 40 fr.

ESSAI SUR UN TRAITEMENT MÉTHODIQUE DE QUELQUES MALADIES DE LA MATRICE, injections vaginales et intra-utérines; par A. VIDAL (de Cassis). Paris, 1840, in-8. 1 fr. 50.

DU CANCER DU RECTUM, et des opérations qu'il peut réclamer; parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel, par le docteur VIDAL (de Cassis). Paris, 1842, in-8. 2 fr. 50.

DES HERNIES OMBILICALES ET ÉPIGASTRIQUES, par le docteur A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. *Thèse de concours*. Paris, 1848, in-8 de 133 pages.

DES OPÉRATIONS EN PLUSIEURS TEMPS, par le docteur VIDAL (de Cassis). Paris, 1848, in-8 de 20 pages. 75 c.

DES INOCULATIONS SYPHILITIQUES. Lettres, par le docteur VIDAL (de Cassis). Paris, 1849, in-8. 1 fr. 25.

Paris. — Imprimerie de J. MARTINET, rue Mignon, 2.
(Quartier de l'Ecole-de-Médecine.)

DE LA CURE RADICALE
DU VARICOCÈLE

PAR L'ENROULEMENT

DES VEINES DU CORDON SPERMATIQUE,

PAR

A. VIDAL (de Cassis),

Chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de la Société de chirurgie, etc., etc.

Deuxième édition corrigée et augmentée.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1850.

PRÉFACE.

J'ai déjà fait connaître ma méthode opératoire pour la *cure radicale du varicocèle*. Un premier travail, sur ce sujet, fut présenté à l'*Académie de médecine* et devint la matière d'une brochure aujourd'hui épuisée et qui date de 1844. Depuis cette époque, le nombre de mes opérés est allé croissant, soit en ville, soit à l'hôpital du Midi. Je possède donc aujourd'hui beaucoup plus de faits à l'appui de ma méthode, et il me sera moins difficile de détruire les arguments qu'on a fait valoir contre l'intervention de la médecine opératoire dans le traitement du varicocèle.

On objecte : 1° le peu d'inconvénient, le peu de danger de la maladie ; 2° les dangers de l'opération ; 3° l'insuffisance de celle-ci accusée par les récidives de la maladie.

Ces trois objections ont une telle connexité qu'il faut les lever toutes, ou se déclarer vaincu et conseiller la *cure palliative*, c'est-à-dire la résignation, procédé très philosophique, mais qui ne va pas à tous les caractères. Il est cependant une de ces objections qui est plus puissante que les autres, car elle porte sur les dangers de l'opération ; eh bien, c'est précisément l'innocuité de celle-ci que je puis surtout établir, puisque j'ai déjà opéré plus de deux cent cinquante fois, sans avoir observé un accident sérieux. Or, quand dans un problème de médecine opératoire, on peut tout d'abord éloigner

l'idée du danger de l'opération, les dangers de la maladie n'ont pas besoin d'être ni aussi directs ni aussi physiques, pour qu'on se décide à agir. Reste la troisième objection, qui porte sur l'insuffisance de l'opération trop souvent prouvée par les procédés opératoires de mes prédécesseurs. Pour moi, j'ai la conviction que cette dernière objection est détruite par les succès que j'ai déjà obtenus à la faveur de ma méthode. Mais il faudrait de plus, je le sais, que la même conviction passât dans l'esprit de mes confrères, et c'est pour cela que je reprends la plume. Déjà, d'ailleurs, outre mon expérience personnelle, je puis invoquer celle de plusieurs praticiens haut placés dans la hiérarchie chirurgicale. En effet, M. le professeur Roux, MM. Jobert, Maisonneuve, Giraldès, Huguier, J. Roux (de Toulon), ont plusieurs fois opéré avec succès par la méthode de l'*enroulement*, ce que j'ai appris, avec satisfaction, de leur bouche ou par des notes, des observations que j'ai mises à profit dans ce travail. Je compte bien plus sur le concours de ces chirurgiens que sur mes efforts, pour détruire complétement les préventions que partagent encore quelques médecins consciencieux contre une opération qui peut guérir une infirmité dont l'homme moral souffre autant que l'homme physique.

DE LA CURE RADICALE

DU VARICOCÈLE.

J'appelle *varicocèle* la dilatation variqueuse des veines des bourses, du cordon spermatique et du testicule (1).

Causes.

J'ai constaté plusieurs fois l'hérédité du varicocèle : ainsi j'ai opéré T..., sertisseur, âgé de seize ans, dont le père et le grand-père avaient également des tumeurs variqueuses des bourses. Je dois dire que ce jeune homme avait d'ailleurs fait abus de la masturbation, et de très bonne heure.

C'est ordinairement de dix à trente ans qu'on voit apparaître les premières varices des bourses. Avant dix ans, les organes générateurs sont trop peu développés pour que les causes organiques puissent seconder l'action des causes dites occasionnelles. Après trente-cinq ans, ces causes provocatrices devenant moins fréquentes, le varicocèle doit être aussi beaucoup plus rare. Delpech, en disant que le varicocèle était rare chez les jeunes gens, faisait l'aveu de la négligence qu'il avait mise dans l'examen des faits et accusait son ignorance de l'histoire de cette affection. Le plus grand nombre de mes opérés avait de vingt à vingt-quatre ans;

(1) Les classiques appelaient *varicocèle* seulement les dilatations anormales des veines du scrotum ; ils appelaient *cirsocèle* les varices du cordon spermatique du testicule et de l'épididyme.

un d'eux avait treize ans, un autre cinquante-cinq.

Parmi les circonstances anatomiques qui prédisposent au varicocèle, les unes sont, en même temps, des deux côtés, les autres n'existent qu'à gauche. Les premières sont : la position déclive des veines spermatiques, leur longueur, la faiblesse des parois relativement à leur trajet, l'absence des valvules, les alternatives fréquentes de réplétion et de vacuité auxquelles ces vaisseaux sont soumis suivant les diverses attitudes du corps, la température à laquelle il est exposé, suivant les passions. On peut considérer comme disposition organique la plus favorable cette très grande quantité de veines qui, sous le nom de plexus pampiniforme, constituent l'origine des veines testiculaires. On notera la longue colonne de sang représentée par la veine spermatique, et qui, des environs de la deuxième vertèbre, pèse sur la pyramide vasculaire formant le plexus pampiniforme. L'explication suivante, qui appartient à J.-L. Petit, a eu, dans un temps, un certain succès, que je n'ai jamais compris. « Les vaisseaux, dit l'illustre chirurgien, en passant sous l'anneau des muscles du bas-ventre, sont appuyés sur l'os pubis comme la corde d'un puits l'est sur la poulie, de manière que le testicule, auquel ces vaisseaux parviennent, peut bien être comparé au seau qui se trouve à l'extrémité de la corde du puits. Comme le seau agit sur cette corde à proportion de son poids, le testicule agit également sur le cordon spermatique et celle-ci sur l'os pubis aussi à proportion de son poids; ce poids, quel qu'il soit, tend à oblitérer les vaisseaux et à rendre le passage des liqueurs plus difficile. » Il faut ajouter à cette cause, pour la rendre sérieuse, les anneaux du canal inguinal,

ce canal lui-même, qui, quoi qu'on en ait dit, comprimeront le cordon testiculaire dans certaines circonstances.

Le varicocèle est toujours à gauche: c'est la loi pathologique la plus inflexible que je connaisse. *Si vous observez un varicocèle à droite, soyez certain de l'existence d'un autre varicocèle à gauche, ordinairement plus volumineux et qui toujours a précédé celui du côté opposé; ou bien il y a une grave inversion dans l'appareil circulatoire.* Je n'ai nul besoin d'apporter des faits pour appuyer la première partie de cette proposition. Quant à l'autre, elle n'a en sa faveur qu'un fait, mais un de ces faits qui valent toute une statistique. Un homme se présente à moi avec un varicocèle droit très prononcé; ce n'était pas une dilatation de quelques veines, mais une vraie tumeur, un véritable varicocèle. Ce fait paraissait fort compromettant pour la loi dont je viens de parler. Pour moi, je ne vis là qu'une exception qui viendrait la fortifier. J'annonçai une anomalie dans le système circulatoire. M. le professeur M. Roux (de Toulon), présent à ma visite, saisissant ma pensée avec la rapidité de l'éclair, mit la main sur le côté droit de la poitrine, et y trouva le cœur. Il y avait donc inversion du centre circulatoire, et, par conséquent, inversion de tous les canaux qui en partent et qui y aboutissent (1). Or on sait que l'explication la plus plausible de l'existence presque constante du varicocèle à gauche est fournie par la manière dont la veine spermatique rencontre le tronc dans lequel elle

(1) Ce malade a été exploré de la tête aux pieds par plusieurs médecins, par M. Maillot, qui a constaté par la percussion l'inversion complète des viscères. L'observation, rédigée par M. Desterne, a été insérée dans l'*Union médicale* par M. A. Forget.

verse le sang qu'elle contient. Cette longue veine, en effet, rencontre la veine émulgente à angle droit, et par conséquent dans une direction perpendiculaire au courant du sang veineux qui vient du rein; les deux courants ne se meuvent donc pas dans la même direction, ce qui doit mettre obstacle à la circulation et ce qui influence principalement celle de la veine spermatique. Elle laisse donc stagner le sang du côté des bourses; de là cette extrême fréquence des varices de ce côté. A droite, au contraire, la veine spermatique se rend à la veine cave inférieure dans la direction de celle-ci; les deux courants se trouvent d'abord presque parallèles; de là facilité dans la circulation de la veine spermatique et moins de chances pour la stagnation du sang du côté correspondant des bourses, c'est-à-dire du côté droit.

Callisen attribuait la grande fréquence du varicocèle à gauche à la compression exercée sur les vaisseaux spermatiques de ce côté par les matières stercorales accumulées dans la portion iliaque du côlon. Sur dix-sept malades, chez lesquels M. Landouzy a noté avec soin l'état habituel du tube digestif, un seul présentait une constipation fréquente, et les faits nombreux parvenus à moi ne m'autorisent pas à donner raison à Callisen. Le testicule gauche, naturellement plus volumineux que le droit, descend aussi plus bas; et lors même que, comme on le voit dans certains cas, les veines testiculaires s'ouvriraient toutes deux dans les émulgentes ou dans la veine cave, la colonne du liquide serait encore plus haute, et par conséquent plus pesante à gauche; le cours du sang serait donc nécessairement plus ralenti de ce côté.

Les *causes occasionnelles*, les causes réellement provocatrices, peuvent être divisées en deux ordres : les unes agissent en facilitant, en appelant l'afflux du sang vers les parties génitales, les autres en empêchant son retour vers le cœur. Ces deux ordres de causes peuvent exister séparément ou se combiner chez le même individu. Les principales sont : l'abus des plaisirs vénériens, la masturbation, les passions de l'âme qui causent un orgasme génital trop fréquent ; viennent ensuite l'équitation, la danse, les marches forcées, enfin tous les mouvements qui tendent à porter le sang d'une manière plus ou moins continue vers les parties inférieures. Dans cet ordre de causes, on comprendra aussi les contusions des bourses, l'inflammation du scrotum, surtout les diverses orchites.

Les causes du second ordre sont beaucoup plus fréquentes, puisqu'elles embrassent toutes celles qui peuvent mettre obstacle au retour du sang vers le cœur; mais elles sont bien moins puissantes que les premières. Ce sont d'abord les causes qui peuvent favoriser la formation des varices sur les autres parties du corps. Je noterai particulièrement ici les hernies inguinales ou crurales, le gonflement des ganglions lombaires, des tumeurs squirrheuses le long du cordon spermatique, l'hydrocèle. Je viens d'opérer avec M. Rambeau un élève de la mission égyptienne, dont le varicocèle avait été précédé par une hydrocèle.

L'hypochondrie, les passions tristes, ont été considérées comme causes du varicocèle. Ici, le plus souvent, l'effet a été pris pour la cause. Cet état particulier de tristesse et de misanthropie est d'ailleurs commun aux

sujets qui ont des maladies anciennes des parties génitales.

Il est des causes dont l'action est tout à fait extérieure. Suivant M. Landouzy, la compression d'un bandage herniaire mal fait, celle même d'un suspensoir mal appliqué ou d'une ceinture qui entoure l'abdomen, sont plus souvent qu'on ne pense la cause occasionnelle du varicocèle; ce qui est une exagération. On a signalé aussi la compression exercée par les vêtements; elle peut sinon déterminer la maladie, du moins favoriser ses progrès. Ma position de chirurgien de l'hôpital du Midi me met à même d'observer beaucoup de varicocèles, et cependant je n'en ai pas observé *un seul* qui pût être attribué à une de ces causes. La masturbation a une double action importante à examiner, et quoiqu'elle soit rangée parmi les causes du premier ordre, celles qui déterminent l'afflux du sang, elle doit aussi figurer parmi les causes qui empêchent son retour vers le cœur; car tous les abus vénériens fatiguent les muscles des parties de la génération, surtout le crémaster et le dartos; de là une énervation qui affaiblit leur puissance contractile, leur ressort; alors le testicule n'est pas suffisamment soutenu, il est livré à son propre poids, et le retour du sang est beaucoup plus difficile.

La chaleur dilatant et relâchant sans cesse, le scrotum finit aussi par affaiblir son ressort. J'ai déjà dit que le varicocèle est beaucoup plus fréquent dans les pays chauds.

Symptômes.

Il y a un sentiment de pesanteur au testicule qui étend jusqu'à l'aine et jusqu'à la région lombaire, ne gêne, des tiraillements incommodes dans le cordon; s bourses sont molles et pendantes; elles prennent lus de volume par la chaleur ou par des courses forées. Voilà les premiers symptômes par lesquels s'annonce le plus souvent le varicocèle. Ajoutez le besoin u'éprouvent les malades de porter à chaque instant main aux bourses pour leur donner des rapports eilleurs avec les vêtements, afin qu'ils les soutiennent ieux.

Si le malade éloigne les causes déterminantes, le aricocèle peut rester longtemps borné à ces caracères. L'infirmité alors est plus gênante que douloueuse, et le suspensoir est très suffisant. Mais, le plus ouvent, le malade néglige d'éloigner les causes aggrantes, il ne fait rien pour arrêter les progrès du mal. lors le varicocèle devient une infirmité plus grave; ne marche un peu longue produit une véritable fague; quelquefois, après la moindre course, les maades, haletants, ont les traits visiblement altérés; la ice est baignée de sueur : on les dirait affectés d'une sion profonde de quelque viscère.

A ce degré de développement, non seulement la oindre course est impossible sans l'aide d'un suspenoir, mais il est des malades qui, sans ce soutien, ne auraient faire le tour de leur chambre, même au sortir u lit et quand les veines sont encore peu dilatées. eux chez lesquels le varicocèle est arrivé à une péiode avancée doivent mettre leur suspensoir en se

levant ; il en est qui sont obligés de le garder pendant la nuit. La position verticale seule, une simple promenade, même avec le suspensoir, produit quelquefois les effets que je viens de signaler. J'ai remarqué que chez certains sujets la position verticale avait beaucoup plus d'influence que sur d'autres ; ainsi il est des malades qui, couchés, paraissent n'avoir rien d'anormal dans les bourses ; mais, dès qu'ils se mettent debout, ils voient se produire la tumeur variqueuse avec presque autant de rapidité qu'une hernie qui aurait été réduite et qui ressortirait par la même position. Il est d'autres varicocèles, au contraire, dont la tumeur persiste plus ou moins pendant la position horizontale ; alors la position verticale produit moins d'effet.

En général, les symptômes sont tout à fait localisés au scrotum et à l'aine, et ce n'est que dans les cas les plus graves qu'ils s'étendent au delà et se font sentir à la région lombaire ; il y a des douleurs sourdes vers les reins et jusqu'au milieu du dos ; quelquefois la douleur est marquée à l'épaule qui correspond au côté qu'occupe le varicocèle. Il est des malades qui éprouvent des coliques fréquentes, d'autres une pesanteur incommode au fondement.

La gravité des symptômes, les souffrances, les accidents, ne sont pas toujours en rapport avec le développement veineux des bourses, avec le volume, le nombre des varices, avec les diamètres de la tumeur. J'ai vu des varicocèles doubles formés par des groupes de veines grosses comme des sangsues ne causer qu'un peu de gêne pendant la marche, tandis que de petits varicocèles, que quelques varices d'un seul côté des bourses donnaient lieu à de très vives douleurs et agis-

saient très fortement sur le moral. C'était surtout chez de jeunes sujets nerveux, et quand les dilatations étaient globuleuses.

M. Landouzy a signalé l'augmentation de la sécrétion cutanée du scrotum, surtout du côté affecté. Cette sécrétion, que j'ai plusieurs fois constatée, est même tellement considérable chez certains malades, qu'ils sont obligés de garnir le côté du suspensoir qui correspond à la tumeur. Certains malades ont sur ce point des bourses une démangeaison qui est pour eux une vraie torture. Ils ne savent alors quelle contenance tenir dans le monde.

Au début du varicocèle, et quand il est très léger, on peut hésiter sur le diagnostic; mais, pour peu que la maladie soit développée, les doutes se dissipent. C'est alors une tumeur molle, noueuse, étendue du bord supérieur du testicule jusqu'à l'anneau inguinal : elle n'a ni la forme régulière et rénitente de l'hydrocèle, ni la dureté et la limitation exacte du sarcocèle, ni la consistance compacte de la hernie inguinale; en *chauffant la tumeur, même dans la position horizontale*, si elle appartient au varicocèle, elle augmente de volume, tandis que la hernie ne varie pas. J'appelle chauffer les bourses appliquer sur elles des linges chauds pendant une demi-heure; c'est le meilleur moyen de dilater les veines quand on veut établir un diagnostic et quand on veut procéder à l'opération.

Un varicocèle volumineux n'est plus borné au bord supérieur du testicule; il occupe toute la partie gauche du scrotum, en paraissant même envahir la cloison, depuis la base jusqu'à l'orifice du canal inguinal; rarement les veines contenues dans ce canal se dilatent,

et jamais au même degré que celles qui sont dans les bourses; j'ai cependant observé le varicocèle, en grande partie dans le canal inguinal, dans un cas de récidive, après l'application de la méthode sous-cutanée. Quelquefois les veines sous-cutanées forment un réseau superficiel très saillant; souvent même à la surface des bourses serpentent des vaisseaux qui quelquefois égalent en volume la veine crurale.

Les veines du cordon donnent au toucher une sensation qui les fait comparer à des intestins de poulet. Quelquefois on en trouve qui, au lieu de simuler ces tubes membraneux, donnent la sensation d'un tube plein, ce qui peut les faire confondre par quelqu'un qui manque d'habitude avec le canal déférent. Ce sont alors des veines contenant des caillots qui n'ont pas encore été résorbés.

Diagnostic.

Si l'on se rappelle l'exposition des symptômes que je viens de faire, et si l'on procède avec soin à l'examen d'un varicocèle, il sera assez facile d'établir son diagnostic. La hernie inguinale formée par l'épiploon pourrait à la rigueur être confondue avec le varicocèle. Pour éviter cette erreur, A. Cooper conseille de « donner au malade une position horizontale; on relève le testicule jusqu'à ce que les veines soient dégorgées; le chirurgien place son doigt contre l'anneau inguinal, engage le malade à se lever; les veines spermatiques se remplissent de nouveau, tandis que, par ce moyen, toute descente de la hernie est impossible. Il y a reproduction du varicocèle, lors même que le malade ne se lève pas et pour peu que les doigts pressent le cor-

don au niveau du canal inguinal. » (*OEuvres chirurgicales*, p. 497.) Je viens d'indiquer un moyen bien plus simple et bien plus sûr : c'est l'application de linges chauds sur la tumeur; le calorique dilate le varicocèle et ne change en rien le volume de la tumeur formée par la hernie. Si l'on fait tousser le malade pendant qu'il est couché, la tumeur, au lieu d'être projetée en bas comme dans le cas d'épiplocèle, est au contraire soulevée à chaque effort de toux.

Je parlerai bientôt de l'obscurité qui peut être répandue sur le diagnostic du varicocèle par l'inflammation des veines variqueuses, ce qui constitue en même temps une grave complication de cette tumeur.

Marche.

La marche du varicocèle est ordinairement très lente. Quand elle est rapide, et que les symptômes sont d'une grande intensité, c'est que la cause est directe, traumatique; le malade a fait de longues courses, ou bien il y a eu une compression des veines, un obstacle mécanique à la circulation subitement créé. Le varicocèle qui, selon moi, se développe le plus rapidement est celui qui survient à la suite d'une ou plusieurs orchites. Cette inflammation testiculaire peut, à plus forte raison, donner, pour ainsi dire, une poussée à un varicocèle qui existait déjà, mais à l'état d'innocuité, et qui alors devient plus volumineux, plus embarrassant, plus douloureux. Souvent, après une orchite, le porteur du varicocèle a demandé une opération dont il ne se souciait pas avant. Il y a dans le livre de Pott des observations de développement très prompt du varicocèle avec accidents aigus.

Je dois faire remarquer ici que le varicocèle existe chez beaucoup d'individus qui ne s'en doutent pas. Or, quand ils reçoivent un coup aux bourses ou quand celles-ci s'enflamment par toute autre cause, le varicocèle, qui existait avant le coup, augmente de volume, ou bien l'attention étant fixée sur cette région, il est découvert, on le croit très récent, et l'on attribue tout à ces dernières causes. J'ai déjà dit que des orchites pouvaient aggraver le varicocèle; je parlerai plus tard d'un marchand qui portait d'abord un petit varicocèle indolent qui ne le gênait en rien; mais, à la suite d'une course rapide, la tumeur devint tout à coup volumineuse, assez gênante et assez douloureuse pour obliger le malade à venir réclamer l'opération. (*Voy.* observation n° 1.)

Pronostic et complications.

Je développerai cette partie de mon travail, d'abord parce que les faits qui s'y rapportent ont été généralement négligés, et parce qu'ici surtout c'est le degré de gravité de la maladie et le degré de gravité du moyen à employer mis en balance qui constituent les termes du problème à résoudre, quand on ne veut pas se borner aux moyens palliatifs, quand on veut en venir à une opération.

Je vais maintenant examiner le degré de gravité de la maladie. Plus tard, quand je traiterai de la *cure radicale du varicocèle*, j'établirai le degré d'innocuité de l'opération que je propose.

1° Je commence par dire très haut qu'on peut être porteur d'un varicocèle sans la moindre incommodité. De pareils faits sont très rares; ce qui n'est pas rare, c'est l'absence de toute douleur. J.-L. Petit cite un postillon

qui courut la poste pendant vingt-cinq ans avec un énorme varicocèle dont il n'avait nul souci. A l'hôpital du Midi, j'ai traité d'un bubon un vieillard qui portait un varicocèle double des plus volumineux, et cela sans suspensoir et sans le moindre besoin de se débarrasser de ces tumeurs, même en présence de nombreux succès qui lui fournissaient la double preuve de la possibilité de la guérison et de l'innocuité du procédé. Par contre, on trouvera quelquefois des sujets qui, par le fait seul des varices dans les bourses, seront en proie à de cruelles souffrances; on verra, en analysant les observations contenues dans la dernière partie de ce travail, que certains malades ne pouvaient supporter le frottement des pantalons sur les bourses; le suspensoir même faisait cruellement souffrir un de mes opérés. Quelquefois ce sont des démangeaisons qui, pour certains malades, sont pires que la douleur elle-même. On peut lire dans la brochure de M. Landouzy l'observation d'un malade de G. Breschet, qui comparait ses souffrances aux douleurs produites par les pinces employées par ce professeur pour la cure radicale du varicocèle. Or il est facile de se faire une idée de la douleur occasionnée par ces pinces, quand on a assisté à une seule de leur application. J'ai opéré avec succès un malade qui avait déjà subi l'application des pinces de G. Breschet, et qui avait été inutilement soumis à la ligature adoptée par M. Ricord. Il n'y a que de vives douleurs ou de cruelles angoisses qui puissent contraindre un homme à lutter ainsi contre les récidives, et à faire l'essai toujours fort triste de trois chirurgiens et de trois procédés. Un autre récidiviste, opéré en Allemagne par la ligature sous-cutanée, est venu en

France pour demander une seconde opération que j'ai pratiquée par la méthode de l'*enroulement*. Il est parfaitement avéré aussi que quelques varicocèles, innocents pendant de longues années, ont fini par amener des conséquences graves pour ceux qui les ont portés avec une espèce d'insouciance. Ainsi, le courrier dont parle J.-J. Petit se livra à sa pénible profession pendant vingt-cinq ans, malgré une tumeur volumineuse des bourses; mais ce même courrier fut mis enfin à pied par la force du mal, qui nécessita une opération des plus graves. J'ai traité à l'hôpital du Midi un malade dont les varices du cordon testiculaire s'étaient spontanément enflammées, ce qui lui a fait courir de grands dangers. J'ai encore traité une inflammation portant aussi sur les veines à la suite d'un coup de pied sur le varicocèle. J'ai observé la même phlébite par extension d'une phlegmasie qui avait commencé par l'épididyme. Outre les dangers d'une inflammation veineuse, on peut avoir ici ceux de l'étranglement, car le paquet veineux peut être étranglé à sa partie supérieure par l'anneau du canal inguinal. L'enveloppe fibreuse qui entoure les vaisseaux, ne se prêtant pas à leur développement rapide, peut donner lieu aussi à des accidents qui se rapprochent de celui que je viens de signaler. M. Escalier, ancien interne des hôpitaux de Paris, a lu à la Société de chirurgie un mémoire sur *l'inflammation et la suppuration des veines qui composent la tumeur variqueuse*. Ce travail prouve que certains varicocèles peuvent, sans causes connues, être pris d'une inflammation mortelle. Les deux observations de M. Escalier sont très remarquables. Il s'agit d'abord d'un Brésilien traité par trois praticiens renommés, qui prirent la tumeur pour une hernie, et attri-

buèrent les accidents à un étranglement interne. Le malade mourut cinq jours après. Le second sujet était un nègre traité à la *maison de santé* de la rue du Faubourg Saint-Denis. Les accidents ici simulèrent un étranglement. Le malade succomba encore, et dans ces deux cas on trouva du pus dans les veines du cordon spermatique. MM. Monod, Michon et Nélaton, commissaires de la Société de chirurgie pour l'examen du mémoire de M. Escalier, disent très explicitement que le *moyen le plus sûr de s'opposer au mal qui a tué les deux malades cités, c'est sans contredit d'opérer le varicocèle* (1). Ainsi donc, la médecine opératoire peut être invoquée pour prévenir des accidents complicatifs du varicocèle, puisque ces accidents sont de nature à amener la mort.

D'ailleurs, quand on a un varicocèle d'un côté, c'est une raison pour en voir pousser un autre du côté opposé, et presque toujours il y a un empâtement des bourses qui, avec le varicocèle, constitue une infirmité fort gênante.

Les chirurgiens prudents, les opérateurs les plus circonspects, trouveront donc une indication suffisante pour opérer, quand le varicocèle sera douloureux au point que j'ai indiqué, quand il sera le siége d'un prurit insupportable, quand il causera des tiraillements vers les aines, vers les lombes, qui rendront certains travaux impossibles, l'exercice on ne peut plus pénible; et surtout quand le varicocèle pourra avoir les conséquences de celui qui a été observé par J.-L. Petit, de ceux que j'ai observés, de ceux dont parle M. Esca-

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1er fascicule.

lier. D'ailleurs, beaucoup de chirurgiens se rappelleront ici qu'ils ont pratiqué eux-mêmes des opérations plus dangereuses pour des lésions qui étaient moins incommodes et moins graves. Je prie mes adversaires de bien noter cette circonstance.

2° Il est temps d'examiner le pronostic sous un autre point de vue.

Le varicocèle peut être bien moins douloureux, il ne sera le siége d'aucune sensation anormale, il ne compromettra pas directement la vie, mais il pourra avoir une gravité d'une autre nature, car il constituera une cause réelle d'impuissance. On sait que parfois les varices des veines le plus en rapport avec la substance du testicule compriment progressivement ce parenchyme, atrophient cette glande, qui finit par être impropre à la fécondation. Que cette atrophie s'effectue par ce mécanisme ou autrement, elle n'en demeure pas moins un des faits les mieux établis de l'histoire du varicocèle parvenu à un degré avancé. Celse dit déjà, en parlant du testicule qui est du côté d'un varicocèle : « Le testicule est à la fois plus bas que l'autre et moins gros que l'autre, parce qu'il ne reçoit plus de nourriture (1). » Avec l'atrophie du testicule, et même sans que cette atrophie soit très marquée, le canal déférent s'amoindrit, se rétrécit et peut s'oblitérer; nouvelle cause d'impuissance. (*Voy.* obs. n° 4.)

Dans certaines positions sociales, l'impuissance peut être considérée comme un faible inconvénient; mais dans des conditions opposées, elle devient quelquefois un vrai malheur. Alors le varicocèle n'est pas seule-

(1) Trad. de M. des Étangs, p. 227.

ment une cause individuelle de chagrin, une famille entière en supporte les conséquences, car elle peut ainsi s'étendre. Ces circonstances sont de nature à influencer les déterminations thérapeutiques, surtout si l'on considère que quand un côté est affecté, l'autre l'est plus ou moins. Dans un cas de varicocèle double, j'ai observé la voix de castrat (obs. 7) qui reprit un caractère mâle après l'opération. Le praticien puisera dans ces considérations une indication légitime pour l'opération de la cure radicale du varicocèle. Cette indication sera fortifiée par ce que je dirai de l'innocuité des opérations que j'ai à proposer, quand j'en serai à l'exposition des méthodes et procédés.

3° Comme toutes les maladies chroniques des organes génitaux, le varicocèle a de fâcheuses influences sur le moral; comme dans tous les cas de varices, il y a aussi, avec le varicocèle, un certain affaiblissement des forces physiques. En effet, la compression progressive opérée par les veines variqueuses sur le testicule doit amener peu à peu cet abattement caractéristique des forces qui paraît moindre qu'après une action instantanée et violente sur cette glande, mais dont les conséquences sont plus graves, car l'action ici est permanente. C'est ainsi que des sujets atteints de varicocèle reculent devant la moindre fatigue; pour eux, une simple promenade est une véritable corvée. J'ai vu un ouvrier inondé de sueurs et haletant parce qu'il s'était un peu pressé pour monter un premier étage. Il a déjà été question des malades qui, à leur lever, ne pouvaient se permettre quelques pas dans leur chambre sans suspensoir.

Il est de la plus grande importance de distinguer cette faiblesse de celle qui se lie à la plupart des va-

rices, par exemple à la faiblesse des vieillards affectés de dilatations variqueuses sur plusieurs parties du corps. Ici la faiblesse est l'effet de l'âge, elle est antérieure aux varices et en est souvent une des principales causes; tandis que chez le porteur d'un varicocèle, ce sont les varices elles-mêmes qui, pour ainsi dire, dépriment les forces; la faiblesse est alors l'effet et non la cause. Déjà apparaissent les conséquences de cette distinction au point de vue du traitement.

Avec l'atrophie du testicule, il y a celle du canal déférent. Cette atrophie consécutive, qui n'a pas été notée que je sache, diminue le calibre de ce conduit; elle peut l'oblitérer et annuler ainsi les fonctions du testicule. La diminution du calibre de ce canal fait qu'au moment de l'opération on éprouve quelquefois des difficultés à le trouver, surtout quand on n'est pas prévenu de ce fait d'anatomie pathologique.

4° Quelques mots sur l'état moral des malades affectés de varicocèle.

Il en est qui n'osent rien entreprendre; ce ne sont pas seulement les forces physiques qui semblent déprimées par le varicocèle, l'esprit lui-même en reçoit des atteintes réelles. Comme le corps, il devient paresseux et lent, et il n'y a rien de viril dans ses conceptions, dans ses œuvres. Un pareil état jette sur la vie un ennui, répand une amertume qui la rendent à charge, aussi les idées de suicide ne sont-elles pas extrêmement rares chez ces malades. Un médecin en chef d'un hôpital d'une ville importante de France s'était rendu à Paris pour consulter sur un varicocèle, bien décidé, disait-il, à se brûler la cervelle si l'on ne lui promettait pas une guérison.

Ce n'est pas toujours parce que le sujet a vu, constaté son varicocèle; ce n'est pas toujours la contemplation abusive de ses varices qui l'a plongé dans une hypochondrie dont l'esprit aurait l'initiative ou la plus grande part. Il arrive, plus rarement à la vérité, que l'esprit souffre dans l'ignorance complète d'un mal physique. J'ai donné des soins à un artiste distingué qui avait des idées très mélancoliques; je fis chez lui la découverte d'un varicocèle peu volumineux dont il ignorait l'existence et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit et changea complétement son humeur, qui n'eut plus rien de triste. Depuis cette opération, j'ai eu connaissance d'un autre fait de ce genre : ici le malade sait bien qu'il possède un varicocèle, mais il a ignoré jusqu'à ce jour que les mille maux dont il se plaint et dont l'existence matérielle n'a pu être constatée par aucun médecin, il a ignoré, dis-je, que le point de départ de ses maux était dans l'état variqueux des bourses.

Ainsi, au point de vue de ses effets sur l'esprit, le varicocèle a une véritable gravité, car il rend la vie difficile, pénible, insupportable même. On a donc pu raisonnablement puiser dans cet ordre de faits une indication pour une opération chirurgicale, surtout depuis qu'il a été prouvé que celle-ci n'est pas grave.

5° L'histoire d'ailleurs nous offre des preuves indirectes en faveur de la cure radicale. La lecture de nos devanciers apprend, en effet, qu'on se livrait autrefois à des opérations très graves pour guérir le varicocèle. Ainsi on a extirpé des veines variqueuses, on les a attaquées par le feu, on a pratiqué des excisions des bourses, et même l'extirpation du testicule. Il est pos-

sible qu'on n'ait pas toujours opéré, alors, pour des varicocèles, et je ne suis pas éloigné de croire à certaines erreurs de diagnostic de la part de nos premiers maîtres, car je ne suis pas de ceux qui admettent leur infaillibilité. Mais je suppose encore moins l'erreur constante à l'endroit de leur diagnostic, et je dis que si des hommes sages et d'un talent incontesté ont souvent pris de graves déterminations pour arriver à la cure radicale du varicocèle, c'est qu'ils ne manquaient pas de bonnes raisons pour cela.

6° Enfin le varicocèle, étant un cas de réforme, peut briser une vocation militaire. J'ai déjà opéré plusieurs remplaçants, et reçu dernièrement du conseil de révision des hommes d'ailleurs taillés en robustes soldats et qui étaient privés de servir leur pays à cause de leur varicocèle; j'ai pu les rendre à leur drapeau. Le fils d'un officier supérieur languissait humblement dans une carrière très peu en harmonie avec les goûts et les inspirations qu'il avait puisés dans sa famille : il peut aujourd'hui suivre la carrière des armes. Deux hommes qui voulaient entrer au service de l'octroi ne furent admis qu'après le succès de mon opération. L'auteur anonyme (1) des *Revues cliniques* de la *Gazette des hôpitaux*, voulant connaître la manœuvre de mon opération, se rendit à l'hôpital du Midi. Au moment de l'opération, il demanda au malade pourquoi il était venu réclamer mes soins : « Monsieur, répondit simplement le malade, je suis boulanger ; avec ce mal, il m'est impossible de travailler pour vivre (2). » Voilà donc encore

(1) Je dis anonyme, sans songer qu'une plume tenue par M. Marchal ne peut être anonyme.

(2) Les boulangers sont très nombreux parmi mes opérés.

des circonstances qui militent on ne peut mieux en faveur de la cure radicale.

7° Le varicocèle, comme je l'ai déjà dit et prouvé, peut être compliqué d'accidents inflammatoires dans les bourses mêmes. Mais les complications peuvent être plus éloignées, se manifester loin des bourses, du côté des organes principaux de la digestion et de l'hématose. On a observé, en effet, avec le varicocèle, des gastralgies qui ont été traitées comme telles ou comme des gastrites chroniques. On a échoué quand on a voulu traiter ces affections par les antiphlogistiques et les débilitants. J'ai été consulté plusieurs fois par des porteurs de varicocèle et qui se plaignaient surtout de l'estomac; ils n'ont plus souffert de cet organe après l'opération de la tumeur des bourses. Il y a quelquefois avec le varicocèle des pertes séminales; le plus souvent alors existent, en même temps, des palpitations et plus ou moins de chlorose. J'ai opéré à l'hôtel Saint-Nicolas un malade qui avait cette double complication et qui fut guéri de tout par l'enroulement des veines variqueuses. Je viens d'opérer aussi un tisseur de cinquante-cinq ans qui avait avec son varicocèle un asthme. J'avais d'abord refusé de toucher à ce varicocèle, car à cet âge ces tumeurs ne sont pas douloureuses ni très gênantes; mais ce tisseur, que j'avais fait sortir de mon hôpital, y retourna pour demander encore l'opération, qui cette fois lui fut accordée, et dont le succès a été complet. Je reviendrai sur cet opéré.

Traitement palliatif.

Il y a ici, comme pour l'hydrocèle, un traitement *palliatif* et un traitement *radical*. Le traitement palliatif

est le seul, selon quelques chirurgiens, qui doive être conseillé dans presque tous les cas. Ce traitement consiste d'abord dans l'éloignement des causes du varicocèle (il est inutile de les redire ici). Viennent ensuite les bains frais, les lotions avec l'eau de puits matin et soir sur le scrotum; on peut mêler à l'eau un liquide légèrement astringent. Ces moyens éveillent la tonicité des tissus des bourses, facilitent leur rétraction, remontent leur ressort. On peut voir la promptitude de l'effet de ces moyens sur les militaires qui veulent éviter la réforme et surtout sur les remplaçants. Mais la marche, les mouvements, reproduisent facilement la tumeur; il faut donc souvent répéter ces moyens, et surtout aider, soutenir leur action par un suspensoir bien fait. Ce qu'il faut qu'on sache bien, c'est que ces moyens sont plus d'une fois insuffisants, même pour calmer les douleurs, car il arrive que le suspensoir le mieux conditionné les exaspère.

Au lieu d'un suspensoir, M. Hervez de Chégoin veut qu'on se serve d'une bande appliquée de la manière suivante : Le testicule et le paquet veineux sont refoulés en haut vers le canal inguinal; la peau restante des bourses est entourée par la bande au-dessous du testicule, et l'on fait un nœud. Le scrotum est donc divisé en une partie supérieure qui contient le testicule et les veines variqueuses, une partie qui est au-dessous de la bande et qui ne contient rien.

Pour juger ce moyen, on n'a qu'à l'expérimenter une seule fois sur un varicocèle un peu prononcé. Après avoir fait le nœud, on dit au malade de marcher; alors, si le nœud n'est pas serré, la bande tombe, et, s'il est serré, il produit des douleurs et un engorge-

ment vers le fond des bourses qui obligent bientôt le malade à défaire le nœud. J'ai parlé des cas où, immédiatement sous la peau et dans son épaisseur, se trouvaient des veines qui, se dilatant toujours plus, semblaient n'être recouvertes que par l'épiderme. Les varicocèles qui présentent cette complication sont quelquefois très douloureux; alors le contact seul du suspensoir exaspère la douleur. Conçoit-on l'effet que pourrait produire ici une ligature des bourses? Je pense que ce sont des préventions mal fondées contre l'opération qui ont porté M. Hervez de Chégoin à imaginer ce moyen. Cet honorable confrère l'aura appliqué sans doute pour des varicocèles peu prononcés et dans des cas où le suspensoir ordinaire aurait été bien préférable, surtout s'il s'agissait d'ouvriers ou de sujets se livrant à un exercice un peu fatigant.

Traitement radical.

Je dois faire précéder l'exposé des méthodes opératoires de quelques considérations qui motiveront le parti que j'ai pris d'opérer le varicocèle.

Ceux qui repoussent l'intervention de la médecine opératoire invoquent d'abord le peu de danger de la maladie, et à cet argument ils en ajoutent d'autres tirés de l'inefficacité et du danger des opérations pratiquées sur les veines variqueuses du scrotum. Il y a ici deux erreurs qui naissent, comme presque toutes les erreurs médicales, d'une analogie non suffisamment confirmée par l'observation. La grande erreur, celle qui porte sur l'inefficacité des opérations, vient surtout de ce qu'on confond les varices des bourses avec les autres varices, et d'une imperfection dans le procédé opéra-

toire. L'autre erreur, qui est relative au danger des opérations applicables au varicocèle, vient aussi de cette fausse analogie, et de ce qu'on ne distingue pas assez parmi ces opérations, et peut-être parce que l'on dédaigne les progrès récents de la médecine opératoire. Expliquons-nous.

1° Une erreur d'étiologie et une observation incomplète ont fait considérer le varicocèle comme appartenant à une classe de maladies et à une classe de malades dont la guérison radicale est presque impossible. Ainsi, vous trouverez encore dans Delpech cette opinion erronée, que le varicocèle est rare chez les jeunes gens, tandis qu'il serait fréquent chez les vieillards. Or c'est de dix à trente ans qu'on observe le plus le varicocèle, et c'est ordinairement de vingt à vingt-huit ans qu'il tourmente le plus les malades. J'ai déjà avancé que le plus grand nombre de mes opérés avait de vingt à vingt-quatre ans. Ici apparaît déjà une différence entre les varices du scrotum et celles des autres parties du corps, lesquelles sont l'apanage surtout de la vieillesse. De plus, ces dernières varices ont souvent une tendance extraordinaire à se généraliser avec l'âge, parce que, liées à des causes diathésiques générales, persistantes, elles prennent le caractère de ces causes. Au contraire, les principales influences sous lesquelles le varicocèle se développe ont un temps et une action limités. Ainsi l'abus des plaisirs vénériens, l'équitation, la danse, les marches forcées, les orchites; enfin toutes ces excitations, ces irritations et les phlegmasies de l'appareil génital, presque toutes ces causes n'agissent que pendant une période de la vie, et elles sont, comme le disent les pathologistes, *occasionnelles;* elles ne sont ni

permanentes ni générales; leurs effets demeurent donc, la plupart du temps, locaux : aussi voit-on rarement les varices des bourses avec d'autres varices, soit aux membres, soit même à l'anus.

2° Les bornes de la sphère d'action de certaines causes doivent, le plus souvent, amener la localisation du mal, ce qui justifie l'emploi d'un moyen topique ou d'un procédé opératoire. La limitation dans la durée des causes peut faire supposer aussi des bornes à la durée de la maladie, et, par conséquent, la cure spontanée de cette maladie après la cessation de ces causes. C'est ce qui peut arriver au varicocèle. Cette dernière considération, savoir, la cure spontanée du varicocèle, qui semble défavorable à mon système, n'est, en réalité, contraire qu'à ceux qui opèrent à tout prix et toujours. Il semble réellement qu'on pourrait m'objecter, avec le plus grand avantage, qu'une maladie dont la terminaison heureuse, naturelle, est possible, ne nécessite aucune opération. Or cette cure spontanée du varicocèle est un phénomène plus rare qu'on ne pense, et, avant d'avoir lieu, la tumeur des bourses peut causer tous les inconvénients, les désordres moraux et physiques que j'ai déjà signalés. D'ailleurs il est des malades qui n'acceptent pas patiemment les lenteurs de la nature dans l'exécution de ses procédés. Au reste, l'opération que je pratique n'est pas une mutilation : son procédé, au contraire, se rapproche de celui de la nature; de sorte que je ne fais qu'abréger les efforts naturels, quand ceux-ci doivent se produire; je les provoque et les aide dans les cas d'insuffisance de l'organisme pour commencer ou achever la cure médicale.

Ainsi j'ai opéré un malade qui avait un varicocèle

double; celui du côté droit étant très peu avancé, je me contentai de lier les veines du côté gauche. Eh bien, celles du côté droit sont revenues à l'état normal. Ce malade a été opéré pendant que je suivais encore le procédé de M. Reynaud; mais je fis deux ligatures, une très voisine du testicule, l'autre très voisine de la racine de la verge. Ce fait fera nécessairement naître deux réflexions. On me dira qu'ici l'opération était inutile, et que, puisque la nature a guéri le varicocèle droit, elle aurait pu être aussi bienfaisante pour le gauche. J'en doute fort; car, du côté gauche, les veines avaient un développement énorme; elles étaient d'ailleurs si sensibles, que le contact même du suspensoir était douloureux. Il ne pouvait donc s'en servir, et était dans l'obligation de garder presque continuellement la position horizontale. Une objection plus fondée serait celle qui porterait sur la pratique que j'ai suivie quand j'ai opéré plus tard les deux côtés en même temps, comme le prouvent trois observations relatées par moi. Mais ici le côté droit était si développé, que je n'ai osé confier à la nature seule sa guérison; il y avait même un de ces malades qui avait le varicocèle droit aussi volumineux que le gauche, lequel l'était beaucoup.

3° J'ai dit qu'un autre argument dirigé contre la cure radicale, celui du danger de l'opération, avait aussi sa source dans une analogie forcée, dans la confusion des anciens avec les nouveaux procédés, et peut-être dans le dédain des progrès récents de la médecine opératoire.

En effet, on a assimilé les veines des membres inférieurs à celles du cordon spermatique : or, comme les opérations pratiquées sur la saphène ont eu trop

souvent des suites extrêmement graves, et cela pour acheter des guérisons presque toujours incomplètes ou avec récidive, il est des praticiens qui ont conclu au rejet des opérations pour les varices des bourses, par les mêmes motifs qui les avaient portés à exclure la médecine opératoire du traitement des varices des membres inférieurs. Mais quelle différence pour le calibre entre la veine saphène à la cuisse, même à la jambe, et les diamètres des veines du cordon spermatique? Or, plus le calibre de la veine sur laquelle on opère est considérable, plus les dangers sont grands. Il en est de même des blessures des veines, la gravité, la fréquence des accidents sont en raison directe des diamètres de ces vaisseaux.

Dans l'appréciation des dangers de l'opération, il serait injuste et tout à fait illogique de prendre pour éléments les procédés qui consistent à traverser les veines avec le fer rougi, à ouvrir les bourses pour mettre à nu le plexus veineux et même le testicule, lier les veines ainsi dénudées, les diviser largement pour les vider, enfin extirper les varices avec ou sans ligatures préalables, en venir jusqu'à l'ablation du testicule : tous ces vieux procédés constituent une médecine opératoire dangereuse et justement réprouvée; car, de ces opérations, la moins irrégulière a des dangers réels, et il n'en est aucune qui ne soit de nature à allumer des inflammations avec suppuration, non seulement des tissus qui entourent les veines, mais *des veines elles-mêmes*. Dans tous ces procédés, le contact de l'air aide l'action des moyens énergiques appliqués sur les veines pour déterminer leur inflammation, et souvent cette inflammation éclate avant l'oblitération de ces vais-

seaux, ce qui est la circonstance la plus fâcheuse.

Il faut donc, dans l'appréciation des moyens fournis par la médecine opératoire, éliminer tous les procédés antérieurs à l'espèce de renaissance de l'opération du varicocèle, qui date de 1850. On devra noter ici cette époque, parce qu'elle marque le point de départ des opérations bénignes pour la cure radicale du varicocèle; et ce qui est plus important pour l'histoire de la chirurgie, c'est encore l'époque de la première formule complétement régulière d'une opération sous-cutanée.

M. Gagnebé, dans une thèse soutenue à Paris en 1850, mettant à profit les travaux de J. Hunter, de Delpech, Velpeau, de MM. Andral, Cruveilhier, Breschet, Blandin, Briquet, considéra la phlébite comme pouvant être produite par l'action de l'air sur les veines du cordon spermatique, et inventa la ligature sous-cutanée des veines. Cependant ce n'est pas la méthode de M. Gagnebé qui fut d'abord employée par le plus grand nombre des praticiens, ce fut celle que G. Breschet créa en 1853. G. Breschet, étant chirurgien de l'Hôtel-Dieu, se trouva en position de répandre sa méthode et de l'appliquer un grand nombre de fois. Il est peu de praticiens à Paris qui n'aient connu quelques succès dus aux pinces de Breschet, et M. Landouzy a écrit un mémoire rempli d'observations qui constatent les avantages de cette méthode. Or cet auteur ne cite pas un seul revers grave. Le mot *succès* que je viens d'employer ne signifie pas absolument *cure radicale ;* car, dans cette partie de mon travail, j'ai seulement pour but de prouver le degré d'innocuité des opérations nouvellement proposées. Or, pour faire cette preuve, j'ai jugé convenable de citer la méthode qui a été le plus souvent employée,

celle dont les résultats ont reçu le plus de publicité, celle de G. Breschet, enfin, et je trouve dans la science ceci : Les succès ont été constants, ou mieux, cette méthode a été constamment innocente. Je sais qu'on a beaucoup parlé d'un malade qui aurait succombé à la suite d'une de ces opérations; mais on lit dans une bonne thèse de G. Jeanselme ces mots : « J'ai voulu prendre des renseignements positifs à cet égard. Tous les détails de ce fait m'ont été communiqués avec une scrupuleuse exactitude par mon ami M. Després, prosecteur à la Faculté de médecine, qui a assisté à l'opération et donné des soins au malade. Or il résulte de ces détails qu'on ne saurait rendre l'opération responsable de ce malheur, qui ne pourrait, en réalité, qu'être attribué à des imprudences réitérées du malade. » Pour mon compte, j'aurais préféré la publication de tous les détails de cette intéressante observation à un simple énoncé de la cause de la mort. Mais admettons l'explication la plus défavorable à cette opération, admettons un mort sur un si grand nombre d'opérations pratiquées par Breschet et ses élèves, et nous pourrons encore conseiller l'opération dans le cas de varicocèle : seulement on donnera la préférence à des procédés moins douloureux, et qui mettront d'une manière plus sûre le malade à l'abri d'une récidive. Je reviendrai, dans un paragraphe que je recommande au lecteur, sur ces accidents attribués à la cure radicale; ce paragraphe viendra après les méthodes et procédés opératoires.

Méthodes et procédés.

La plupart des méthodes et procédés employés pour la cure radicale des varices en général ont été appli-

qués à la cure radicale du varicocèle. Mais il est des procédés qui sont plus particulièrement destinés à faire disparaître les varices des bourses; je dois les décrire et les apprécier ici.

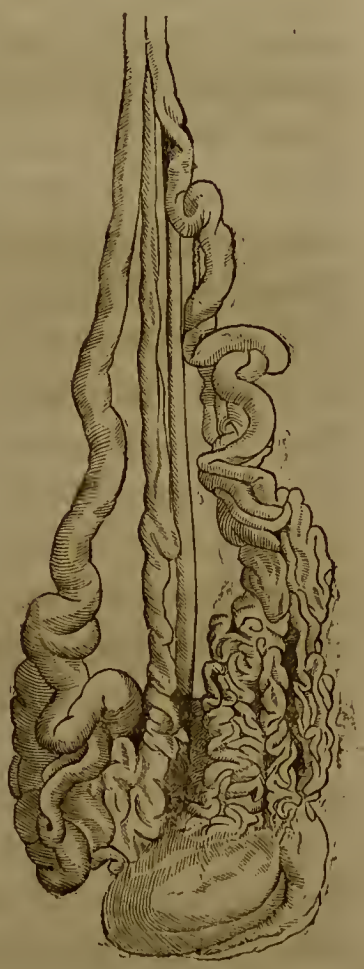
A. *Procédé de G. Breschet.* Il faut savoir pour tous les procédés qu'à l'état normal l'artère testiculaire est unie intimement par du tissu cellulaire au canal déférent; ces deux canaux sont facilement séparés des veines, surtout quand celles-ci sont dilatées. La tumeur variqueuse, séparée du canal déférent, est saisie et comprimée fortement entre les branches d'une pince sur le modèle de l'entérotome de Dupuytren. Cet instrument reste assez longtemps appliqué pour qu'il y ait section des parties molles, étranglement et oblitération des veines; les parties comprises entre les mors de l'instrument peuvent même être complétement coupées; on les réunit ensuite après la chute des pinces. La circulation veineuse se trouve nécessairement empêchée dans les gros troncs veineux; elle n'a plus lieu que par les veines capillaires, et la cure radicale du varicocèle est obtenue ainsi de *la manière la plus sûre et sans aucun danger pour le malade* (1). On place ordinairement deux pinces. Dans leur application, deux choses doivent être soigneusement observées : 1° comprendre toutes les veines dans les mors des pinces; 2° éviter de pincer le canal déférent.

On fait marcher le malade quelques heures avant l'opération. En été, cette promenade est suffisante; en hiver ou par un temps froid, un bain dilate mieux les vaisseaux à comprimer. Il vaut beaucoup mieux, selon moi, laisser le malade couché et lui chauffer les bourses.

(1) *Mémoire sur le varicocèle*. Paris, 1838, p. 60.

Je suppose qu'on opère à gauche : le malade est debout, le chirurgien est à sa droite On place, dans le cercle que forment le pouce et l'index, la bourse droite; les extrémités de ces doigts dépassent la cloison et vont à la recherche du canal déférent : il est en arrière du cordon; il a le volume, la dureté d'une plume de corbeau. On a dit que sa compression fait éprouver au malade une sensation d'accablement, ce qui est une grande exagération. Sa densité *seule* et son *égalité* le font distinguer des veines. La main droite aide à cette recherche, à la séparation des veines qu'elle éloigne du canal déférent, lequel est maintenu contre la cloison par le pouce et l'index de la main gauche. Ce départ des éléments du cordon doit être fait avec le plus grand soin, et l'on ne doit point laisser de veines avec l'artère spermatique et le canal déférent. La figure 1 montre les veines variqueuses et leurs rapports avec le canal déférent. On voit ces veines disposées en trois faisceaux qui entourent le canal, lequel est cette tige au milieu de la figure, celle qui n'est pas flexueuse. Ce qu'il y a de plus important ici, c'est de bien faire attention à la veine qui est tout à fait contre le canal; si on la laisse, la récidive est certaine.

Fig. 1.



Un aide place la première pince à la partie supérieure, de manière que ses mors soient perpendiculaires à la direction des veines. On relèvera le pénis contre le ventre, pour que la pince laisse la peau nécessaire aux érections qui pourraient survenir pendant qu'elle agit. On rapproche les branches au moyen de la vis, et l'on serre, du premier coup, très fortement. La seconde pince est placée le plus bas possible ; on évitera cependant que le testicule soit trop voisin de la section qui sera produite par les pinces. Ces instruments ont pour action première l'oblitération des veines; puis la section de tous les tissus qu'elles étreignent, la peau comprise : de sorte qu'après l'opération, reste sur la bourse deux entailles. M. Landouzy a modifié les pinces, de manière à épargner le bord externe du pli qui comprend les vaisseaux.

B. *Procédé de M. Velpeau.* Ce chirurgien fait d'abord le départ des veines du cordon et du canal déférent. Une épingle est alors enfoncée de manière à piquer la peau sur un côté des veines, à passer derrière elles pour sortir sur le côté opposé. Alors un fil fait autour de cette épingle des huit de chiffre, comme on le pratique pour la suture du bec-de-lièvre. La veine subit ainsi une forte compression, un étranglement sur trois points, par l'épingle sur laquelle elle est à cheval, et de chaque côté par les fils.

C. *Procédé de M. Gagnebé.* J'ai dit déjà les motifs qui ont engagé M. Gagnebé à pratiquer une ligature sous-cutanée. Ainsi, tandis que le procédé que je viens de décrire est, en même temps, une ligature médiate et immédiate, celui-ci est une ligature tout à fait immédiate. Voici comment j'exécute ce procédé : une aiguille

portant un fil un peu fort entre et sort, comme pour le procédé de M. Reynaud que je vais décrire ; il y a donc une anse de fil qui embrasse immédiatement en arrière les veines. Il s'agit maintenant de les étreindre immédiatement en avant, afin que le cercle formé par le fil soit complet. Pour cela, il faut que l'aiguille rentre par le trou qu'elle a fait en sortant, et qu'elle sorte par la piqûre faite en entrant ; là les deux bouts du fil se trouvent alors réunis, on peut les nouer, et ce nœud comprend le paquet des veines sans embrasser aucune partie des téguments. M. Ricord, qui a adopté ce procédé, applique ici un constricteur particulier. Une erreur historique, sans doute involontaire, une illusion peut-être et une trop grande susceptibilité, portent M. Ricord à considérer comme une attaque dirigée contre une de ses inventions tout ce que je dis contre la ligature sous-cutanée. Il faut donc que je répète de nouveau que le principe, la méthode, appartiennent à M. Gagnebé, et que c'est contre la ligature simple, celle qui ne fait que couper les veines, que je m'élève. C'est pour cela même que j'ai abandonné le procédé suivant, celui de Reynaud, de Toulon. Et cependant celui-ci a un avantage de plus que la ligature sous-cutanée, puisqu'il coupe non seulement les veines du cordon, mais celles du pont de peau qui se trouvent entre les deux piqûres par où passent les fils. Mais on n'oblitère pas pour longtemps les veines par une section simple, on ne les oblitère sérieusement que par une perte de substance.

D. *Procédé de M. Reynaud, modifié par l'auteur.* Une aiguille droite, forte et terminée en fer de lance, est taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe (*voy.* la figure 2) ; une extrémité d'un fil d'argent très

flexible, du diamètre d'une grosse épingle, est vissée sur cette aiguille; le fil semble donc une continuation de l'aiguille.

L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent. Celui-ci est rejeté en dedans et en arrière du côté de la cloison des bourses et de la racine de la verge. Les vaisseaux variqueux sont saisis et serrés en un seul cordon par le pouce et l'index de la main gauche. Ces vaisseaux se trouvent dès lors dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé et qu'ils bornent en arrière. L'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille; celle-ci pénètre du côté de l'index, et sort du côté du pouce; elle entraîne le fil d'argent. Une anse de ce fil est, en conséquence, passée derrière les veines variqueuses; les deux bouts sortent ainsi par les deux ouvertures du scrotum, qui se trouvent à une distance d'un pouce ou un peu plus l'une de l'autre. Entre ces deux ouvertures est placé le globe d'une petite bande. C'est sur cette espèce de coussinet que le fil est noué. Au-dessous de ce nœud on passe la sonde cannelée qui représente le bâtonnet du compresseur des artères appelé garrot, et on le fait tourner comme lui.

Il est facile de comprendre toute la simplicité de cette manœuvre. Si une constriction trop forte amenait de trop vives douleurs, ou faisait naître une inflammation intense, il suffirait de faire faire au bâtonnet un tour en sens opposé aux tours qui ont serré le fil, et *vice versâ*. On pourrait aussi, si l'inflammation avait une tendance à devenir phlegmoneuse, enlever le coussinet et appliquer des topiques émollients. Dès que l'ordre serait rétabli, on remettrait la compresse sous

le nœud, et l'on appliquerait la sonde cannelée comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais je me hâte d'ajouter que toujours j'ai eu à serrer l'appareil au lieu de le desserrer. Tous les trois jours on tourne la sonde cannelée dans le sens de la constriction, laquelle est ainsi graduellement augmentée sans que, pour serrer, on soit obligé de relâcher momentanément le fil.

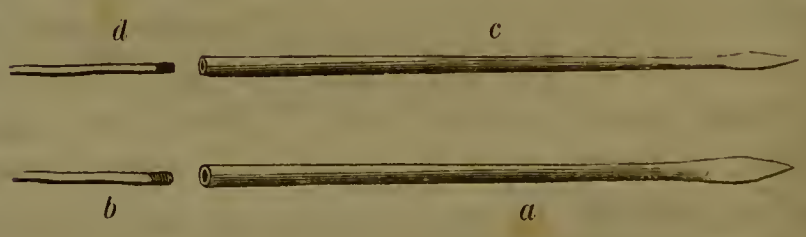
Le quinzième jour, tout peut être coupé par le fil, qu'on trouve tout a fait sous-cutané, ou qui a déjà attaqué la peau elle-même. Pour avoir la complète certitude de ne laisser échapper aucune veine, on peut couper le pont de peau avec un bistouri, comme le faisait M. Reynaud, ou bien laisser le fil, qui opère lui-même cette section.

Ce procédé est de tous le plus simple, le plus facile; mais il ne fait pas éviter d'une manière plus sûre la récidive que les procédés de Breschet, de M. Velpeau; car il se borne à intercepter la circulation veineuse sur un point du cordon spermatique et sur une partie de la peau du scrotum. Mais trop souvent, quel que soit le procédé de ligature mis en usage, le sang parcourt de nouveau les veines liées; ou bien alors elles n'ont pas été complétement oblitérées, ou bien il y a eu rétablissement de leur cavité, dû à l'absorption plus ou moins complète des caillots. Ces circonstances me déterminèrent à lier les veines à deux hauteurs différentes. J'ai donc souvent appliqué deux ligatures : une supérieure, au voisinage de la racine de la verge; l'autre près du testicule. Je ne serrais d'abord que la ligature supérieure, l'autre devenait alors une ligature d'attente que j'étreignais plus tard. Cette double ligature laisse bien moins de chances à la récidive; mais on

peut encore l'observer, malgré l'interception du sang sur deux points des veines, à deux hauteurs différentes. En effet, ces veines, conservant une longueur exagérée, permettent encore au testicule de rester à l'état de prolapsus, et il n'y a pas de perte de substance des vaisseaux, ce qui est une cause de récidive des plus puissantes. J'ai donc conçu et exécuté le projet, non seulement *d'oblitérer, de diviser les veines du cordon spermatique à plusieurs hauteurs différentes*, mais encore *de raccourcir le cordon spermatique, de faire éprouver aux veines une perte de substance pour produire une véritable ascension du testicule*, et cela par une opération bien simple, par une seule ligature. Pour remplir cette double indication, j'enroule les veines du cordon autour de deux fils d'argent, comme une corde est enroulée sur un treuil.

E. *Nouveau procédé de l'auteur. — Enroulement des veines du cordon spermatique.* Le premier temps est absolument semblable au premier temps du procédé déjà décrit. Il consiste à passer un fil d'argent derrière les veines du cordon spermatique. Pour cela, le malade étant debout devant l'opérateur, l'aiguille *a* (fig. 2)

Fig. 2.



est armée d'un fil d'argent *b*. Le fil et l'aiguille traversent les bourses, guidés par le pouce et l'index, qui ont préalablement opéré une séparation entre les

veines et le canal déférent (1). Celui-ci a été porté en arrière et vers la cloison des bourses; les veines sont poussées en avant et en dehors dans un pli de la peau. Le second temps consiste à passer, avec une aiguille moins forte *c*, un autre fil d'argent *d* en avant des veines, afin que ces vaisseaux soient entre deux fils. Pour cela, l'index et le pouce, qui étaient en arrière des veines, sont portés devant elle, et pincent la peau dans ce sens, pour y ramener les deux ouvertures par où sortent les deux bouts du fil d'argent déjà placé. En pliant un peu ce fil, qui décrit alors un arc à convexité postérieure, on peut rapprocher beaucoup les deux ouvertures. De cette manière, on raccourcit et l'on redresse singulièrement le trajet que le second fil a à parcourir. C'est donc par la même ouverture d'entrée et par la même ouverture de sortie qu'on introduit et qu'on retire le second fil. Le fil qui est antérieur aux vaisseaux une fois placé, on redresse le plus possible celui qui est postérieur; l'antérieur alors se courbe un peu : les veines sont donc entre les deux fils, lesquels ont encore leurs extrémités libres. La figure 3 (pag. 44) représente les veines variqueuses, le testicule et le canal déférent. On voit celui-ci *a*, que j'ai fortement ombré; il est rejeté de côté, tandis que sa place est tout à fait contre la veine du milieu, comme l'a montré la figure 1. Ici les

(1) Ces aiguilles sont ici représentées grandeur réelle. Comme on le voit, elles sont lancéolées à une extrémité ; à l'autre, elles sont taraudées dans le sens de leur axe. Vis-à-vis de cette extrémité est représenté un bout de fil d'argent qui a un pas de vis. Il y a une aiguille *a* plus forte que l'autre : c'est celle qui doit passer le fil postérieur *b*, qui est plus fort que *d*.

deux fils d'argent viennent d'être placés, l'un en avant, l'autre en arrière des veines. Alors commence le troisième temps : il consiste à tordre les extrémités des fils. Comme ce temps est douloureux, on couche le malade, et on lui fait respirer un peu de chloroforme. D'abord la torsion n'agit que sur les fils : les deux forment alors un anneau au milieu (fig. 4) qui contient les veines; c'est le plus fin qui décrit des spirales sur le plus fort; il va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon. Mais en continuant la torsion, les deux fils se resserrent toujours plus, et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance.

Fig. 3.

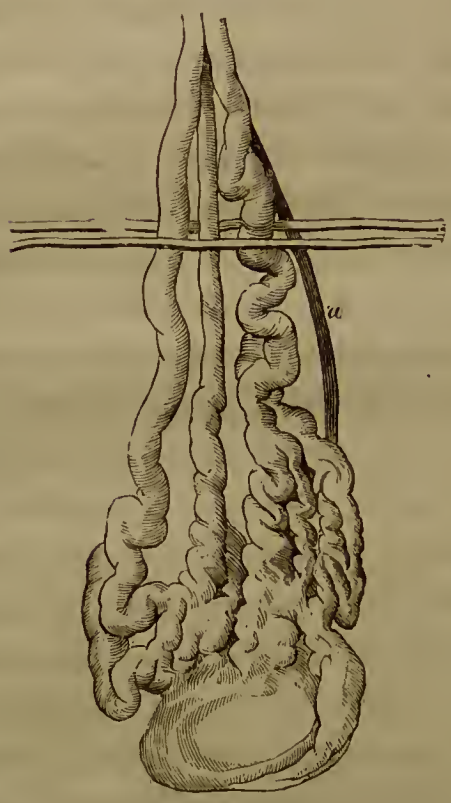
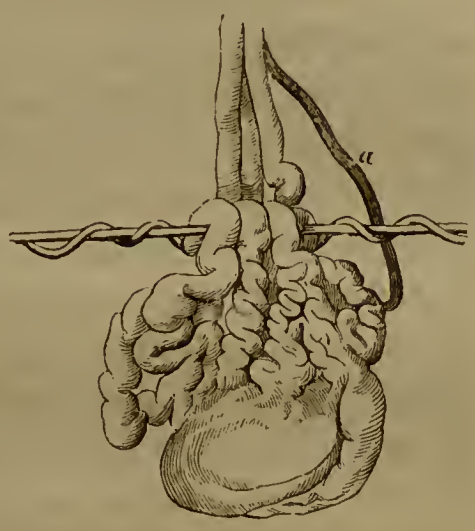


Fig. 4.

En tournant sur son axe ce cordon métallique, il doit entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines s'enroulent sur ce double fil mé-

tallique, comme la corde s'enroule sur le treuil (fig. 5); le canal déférent est tout à fait en dehors de l'enroulement, et reste intact derrière les fils.

Fig. 5.



Or les veines du cordon ont un point fixe du côté de l'abdomen, qui ne cède pas, tandis que leur extrémité inférieure fait corps avec le testicule, qui peut être mobilisé et déplacé. Cet organe est donc porté vers le point fixe, en haut, vers l'abdomen. Plus on fait de tours, plus le testicule est hissé. La laxité du tissu cellulaire des bourses favorise singulièrement ce mouvement d'ascension du testicule. La figure 5 montre à quelle hauteur le testicule peut être remonté, car auparavant il était aussi bas que figure 1.

Il s'est formé une espèce de peloton dont la bobine est représentée par un cordon en argent qui a ses deux bouts réunis en avant. La figure 4 représente les deux fils métalliques à un moment avancé de la torsion; on voit qu'un des deux est plus fort que l'autre; c'est réellement sur lui que l'autre décrit des spirales qui laissent, comme je l'ai dit, un anneau au milieu, lequel se resserre toujours plus à mesure qu'on tord. On place alors un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique, dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion; puis on saisit les deux bouts du cordon avec une pince

à mors plats dont se servent les ouvriers, et l'on pousse très loin cette torsion. Plus on serrera le cordon, mieux ce sera. Si le restant des fils est trop long, on le coupera avec de forts ciseaux ou avec un *coupe-net*. M. Charrière a fabriqué une pince à mors plats, qui porte sur un côté des mors deux lames tranchantes, comme les mors du *coupe-net*. Cet instrument sert donc à la torsion et à la section des fils restants. Il est très commode.

Il y a donc : 1° enroulement des veines sur les fils d'argent ; 2° compression de ces veines qui sont entre les fils et devant les fils; 3° puis section de ces vaisseaux à divers degrés de hauteur : autant de degrés qu'il y a de tours ; 4° perte de substance de ces mêmes vaisseaux. On fera bien de laisser les fils couper la peau, ou de l'inciser, car les veines superficielles qui n'appartiennent pas au cordon, et qui rampent entre lui et la peau, seront ainsi divisées ; ceci est une nouvelle chance contre la récidive. J'enlève ordinairement les fils le quinzième jour en coupant ce qui reste du pont. On peut hâter ce temps en serrant les fils tous les jours; mais on peut s'en dispenser si l'on veut attendre un peu plus, les fils tomberont avec le rouleau de bande qu'ils étreignent. D'ailleurs les principales veines, en s'enroulant sur les fils, entraînent avec elles une foule de petites veines qui échappent aux ligatures ordinaires. Ainsi, tandis que les ligatures sous-cutanées ne divisent que les veines principales du cordon (quand elles les divisent), ma ligature, avec enroulement préalable, ramasse et les veines principales du cordon, et les veines qui l'unissent aux diverses enveloppes des bourses; les veines immédiatement sous-cutanées, celles qui semblent sillonner le tissu même de la peau, sont aussi soumises à l'action des fils,

car j'ai soin, quand le varicocèle est ancien, quand il y a des veines variqueuses superficielles, de comprendre ces vaisseaux dans la partie de la peau qui doit être divisée : alors je laisse le pont de peau très large.

D'ailleurs, si l'on veut bien connaître les résultats, on n'a qu'à examiner avec soin les deux fils d'argent au moment où ils viennent d'être enlevés; on les verra entourés par une quantité de petits cordons mortifiés qui ne sont autres que des veines oblitérées d'abord, coupées ensuite, et, pour ainsi dire, extirpées après mortification. Rien ne prouve mieux la perte de substance éprouvée par les veines que ce qui reste autour de ces fils. L'observation n° 5 expose très bien les détails de l'opération.

Prétendus dangers et inconvénients de l'opération du varicocèle.

La phlébite! voilà l'épouvantail, l'accident qui est un des prétextes des uns et le motif grave de quelques médecins consciencieux. Il est bien entendu que je n'ai pas à répondre aux premiers. Quant aux autres, c'est différent, car leur opposition part d'un bon principe, mais mal appliqué, et d'un bon sentiment. Le principe est celui qui veut qu'on n'entreprenne une opération compromettante pour la vie que quand celle-ci est directement menacée; le bon sentiment est dicté par la maxime *ne fais à autrui*, etc. : or comme, selon ces confrères, la phlébite est au bout de l'opération, ils n'en veulent ni pour eux ni pour leurs malades.

J'ai déjà dit que cette crainte était inspirée par l'analogie qu'on croit trouver entre le varicocèle et les autres varices, entre les opérations qu'on pratique sur les

veines des bourses et celles qui ont été tentées sur les veines des membres, lesquelles, en effet, ont été trop souvent mortelles et toujours inutiles. De là une prévention injuste contre l'opération du varicocèle. Les faits néanmoins déposent entièrement contre cette prévention, et ces faits sont aujourd'hui extrêmement nombreux : ainsi comptez ceux qui se sont produits seulement en France depuis l'ère nouvelle qui s'est levée pour l'opération du varicocèle; consultez la pratique de Reynaud, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de la marine à Toulon, celles de Breschet, d'Aug. Bérard, de M. Velpeau, etc., et vous verrez à quel énorme chiffre il vous sera possible d'arriver. Pour mon compte, j'ai déjà opéré plus de deux cent cinquante fois. Eh bien, sur le total général, je ne sais si l'on pourrait trouver plus de cinq cas de phlébite, et, chose singulière, si on les trouvait, ce serait précisément dans la pratique de ceux qui exécutent les procédés en apparence les plus innocents. Ainsi, la ligature sous-cutanée avec un simple fil comptera le plus de malheurs. Ce que je puis affirmer sans la moindre crainte d'être démenti, c'est qu'il n'est jamais survenu *un accident qui mérite ce nom après l'application de mon procédé.* Bien plus, quelques uns de mes opérés ont été pris, pendant que les fils coupaient les veines, de maladies graves, lesquelles n'ont en rien aggravé les suites de l'opération. Ainsi, je transcris *in extenso* n° 2, l'observation d'un opéré qui eut une fièvre typhoïde du plus mauvais caractère. Ce malade fut visité, d'après mon invitation, par MM. Valleix et Puche, qui constatèrent la fièvre typhoïde et son haut degré de gravité; il fut suivi par M. Cullerier, qui prit mon service pendant un voyage que je fis dans le Midi. Mon col-

lègue a pu constater lui-même la guérison de la fièvre typhoïde et du varicocèle.

Un autre sujet fut pris, trois jours après l'opération, d'un frisson prolongé et d'une réaction violente. Je crus au début d'un redoutable accident et au premier échec de l'*enroulement*. Le testicule du côté opéré se tuméfia, la peau des bourses rougit et devint très chaude. Je fis pratiquer une large saignée, car l'opéré était jeune et vigoureux. Le lendemain je le trouvai plus calme et ayant à la face de petites pustules naissantes; elles se répandirent bientôt sur tout le corps et devinrent confluentes sur le côté des bourses qui avait été opéré. Il y avait enfin une variole assez grave, comme le sont ordinairement les varioles des adultes. Mais ici cette fièvre éruptive n'entrava en rien la cure du varicocèle qui fut aussi prompte, aussi simple, aussi complète que dans les cas où il n'existe aucune maladie intercurrente.

On trouvera aussi, n° 1, l'observation d'un marchand ambulant qui eut un rhumatisme assez grave pendant l'action des fils sur les veines du cordon spermatique, et qui n'en guérit pas moins. Je possède aussi l'observation d'un tisseur de cinquante-cinq ans, qui était fort affaibli et asthmatique quand je l'opérai. Ce vieux malade s'était déjà fait recevoir dans mon service pour réclamer l'opération que son médecin, disait-il, lui avait conseillée, et que je lui refusai néanmoins. Je craignais pour lui et un peu pour mon procédé, je l'avoue. Je donnai donc l'*exeat* à ce malade compromettant. Je lui dis, ce qui est vrai, qu'à son âge les varicocèles ne faisaient pas souffrir, qu'il valait autant cette infirmité qu'une autre, puisqu'il vient une époque de la vie où il faut en avoir une. Ce tisseur garda le silence et partit. Mais il

paraît que je n'eus pas le don de le convaincre ou que son varicocèle le gênait réellement beaucoup, pendant son travail, car il revint bientôt redemander son entrée à l'hôpital et l'opération. Cette fois je me dévouai, et *j'enroulai* ce vieillard comme les autres malades; seulement je le privai de chloroforme pendant l'opération, à cause de son asthme. L'opération date actuellement de cinq mois, elle s'est passée très simplement, mais les fils, qui coupent toutes les parties qu'ils étreignent ordinairement en quinze jours, n'ont pu être enlevés qu'après le double de ce temps. Ce malade a été vu le huitième jour de l'opération par deux chirurgiens distingués de la marine, MM. J.-F. Laure et Beau, élèves et amis de M. J. Roux, qui ont suivi une de mes visites à l'hôpital du Midi pendant leur séjour à Paris. Maintenant mon opéré va mieux de son asthme, et il est débarrassé de son varicocèle. Je n'ai donc nul regret de l'avoir opéré. Je ne regrette pas non plus d'avoir refusé d'abord, car je professe toujours que, dans les déterminations à prendre pour cette catégorie d'opérations, la volonté, les instances du malade doivent avoir un grand poids.

Ainsi, un coup d'œil sur ces faits montre une action violente contre des veines nombreuses dilatées; ces vaisseaux sont divisés, comme broyés par l'*enroulement;* ils sont mortifiés dans une certaine étendue, et aucun accident grave n'éclate, ni dans les bourses, ni ailleurs; on n'observe rien de ce qui ressemble à cette terrible complication des plaies qu'on a appelées *infection purulente*, et qui veut presque toujours dire *mort!* Bien plus, pendant l'action violente des fils, pendant le travail ulcératif qui divise les veines et une portion du scrotum, apparaissent des maladies à cortége effrayant,

et ces maladies ne sont qu'intercurrentes; elles passent, touchent à tout, excepté à l'opération, car celle-ci n'est pas compliquée par les maladies, et les maladies ne sont nullement aggravées par l'état traumatique. Faudrait-il donc, après avoir classé l'opération du varicocèle parmi les opérations les plus graves, faudrait-il la classer parmi les opérations bénignes?

Voici un fait, un dernier fait qui renferme plus d'un enseignement. Un garçon épicier très gros et grand, lymphatique et variqueux, fut opéré par moi du varicocèle. L'opération fut simple; la plaie qu'elle produisit se cicatrisa promptement. Je fis séjourner quelque temps ce garçon dans mes salles pour observer ce qui se passerait du côté des veines opérées. Cet épicier avait un phimosis congénital; voulant mettre à profit le temps que j'employais à observer les suites de la première opération, il en demanda une seconde. Il voulut être opéré de son phimosis. Je ne faisais pas encore alors la circoncision et je ne réunissais pas la plaie. Je me bornai à une simple incision sur la partie du prépuce qui correspond au dos de la verge. Eh bien! après une opération si bénigne, dont l'innocuité est si généralement reconnue, éclatèrent des accidents inflammatoires qui mirent le malade à deux doigts de la mort. Il y eut phlegmon avec gangrène du fourreau de la verge, phlegmon et gangrène du scrotum. Je me vis donc forcé de pratiquer de grandes incisions sur la verge, sur les deux côtés du scrotum; par les plaies sortirent du pus sanieux, des lambeaux de tissu cellulaire mortifié ressemblant à de petites lanières de peau macérée. Cependant le malade, à force de soins, reprit le dessus, se rétablit peu à peu et sortit de l'hôpital, guéri de

son varicocèle et des accidents de l'opération du phimosis; mais il portait de grandes et très visibles cicatrices sur les parties génitales.

Ce garçon s'étant exposé plus tard à la contagion syphilitique, contracta une maladie qui le mit dans l'obligation de consulter un homme de l'art, dont l'attention fut bientôt attirée par les cicatrices qui accusaient des désordres ayant motivé l'intervention d'un bon bistouri. Je ne connais pas les détails de l'interrogatoire subi par l'épicier; mais, d'après tout ce qui s'est passé autour de moi depuis, il paraît que l'opération du varicocèle fut seule signalée par le malade dans le narré de ses antécédents; il n'aurait été nullement question de l'opération du phimosis, ni de ses rapports avec les phlegmons. Tout dut être mis sur le compte de l'opération du varicocèle, et le fait fut considéré comme accablant pour cette opération, et comme fort triste pour moi. On m'apprit donc qu'un de mes opérés du varicocèle avait failli mourir des suites de l'opération, qu'il portait des cicatrices annonçant les plus graves désordres du côté des parties génitales, etc. Mais quel fut l'étonnement de ceux qui me portèrent cette *triste* nouvelle, quand j'eus prouvé, par les détails que j'ai déjà donnés, que l'opération du varicocèle était hors de cause.

La science retiendra ceci : 1° Voilà un sujet qui a subi une opération sur les veines, opération réputée très grave et qui a eu les suites les plus simples, les plus satisfaisantes ; 2° on a pratiqué, sur le même sujet, une opération des plus bénignes, et qui a eu cependant les suites les plus graves, les plus compromettantes pour la vie. Pour ce dernier résultat, il faut nécessairement

admettre chez cet épicier une fâcheuse prédisposition aux inflammations gangréneuses. Eh bien ! sous l'opération du varicocèle, cette prédisposition est restée à l'état *virtuel*, comme on le dit dans un certain langage, et sous l'opération du phimosis, elle est passée à l'état *réel*.

Il faut savoir, pour que l'enseignement de ce fait soit complet, que l'histoire de l'épicier était déjà publiée sans omission des détails qui établissent les rapports des accidents avec l'opération du phimosis, et qui innocentent l'opération du varicocèle, et la publication avait été faite dans un journal qui était lu par le confrère accusateur !

Passons, et passons vite.

Récidives.

Je l'ai dit déjà plusieurs fois, les médecins consciencieux qui s'opposent à toute intervention de la médecine opératoire dans le traitement du varicocèle, ne puisent pas seulement leurs arguments dans le danger des opérations, mais dans leur inutilité prouvée par des récidives fréquentes. Ici l'objection est dans toute sa force si l'on ne parle que des simples ligatures, des procédés qui ne font que couper les veines, et surtout ceux qui n'atteignent que celles du cordon. La ligature sous-cutanée, la méthode de M. Gagnebé, sous ce rapport, est celle qui a fourni le plus de faits défavorables à la médecine opératoire. J'ai possédé dans mon service jusqu'à trois récidivistes qui avaient été opérés par cette méthode. Au moment où j'écris, il y a, dans la salle 11 de l'hôpital du Midi, un boulanger qui a été opéré en Allemagne par la méthode sous-cutanée, dont l'effet a

été si médiocre, que ce malade dit n'avoir jamais vu diminuer sa tumeur. J'ai opéré ce malade par l'enroulement, il va sortir de l'hôpital après avoir donné son adresse et promis de se présenter chez les confrères qui désireraient constater ultérieurement si la cure a été radicale. Comme il demeure dans le deuxième arrondissement, je le présenterai à la Société du quartier, dont les membres seront autorisés à le suivre. Ce n'est pas le seul de mes opérés dont on pourra savoir la demeure; car, après la lecture de mon premier travail *Sur la cure radicale du varicocèle* à l'Académie de médecine, j'ai déposé un certain nombre d'observations, avec les noms et demeure des opérés qui m'y avaient autorisé. Je ne puis en faire autant, et d'ailleurs je ne me le permettrai jamais à l'égard des malades de mes confrères. Mais si l'on veut savoir quelle opinion on peut puiser dans la pratique des chirurgiens qui ne divisent que les veines, on n'a qu'à lire le travail de M. Hélot, lequel est un vrai plaidoyer contre la *cure radicale*. M. Hélot, qui a été interne distingué de M. Ricord, cite entre autres récidivistes, un malade qui fut opéré par ce chirurgien en 1840. Dans le cours de l'été de la même année, cet opéré, dont la guérison, dit M. Hélot, avait paru si complète, est revenu pour se faire opérer de nouveau par le même procédé (ligature sous-cutanée). Tout se passa comme l'autre fois avec une égale apparence de succès. Mais M. Hélot a revu en 1842 le malade, et il a pu constater que la guérison ne s'est pas maintenue. Ainsi, voilà deux opérations pratiquées sur le même individu par la méthode sous-cutanée, et dans les deux cas il y a eu récidive, et tout cela constaté par l'élève interne de l'opérateur, et publié depuis bientôt cinq ans,

ce qui m'autorise, je crois, à en faire mention ici. Un collègue d'internat de M. Hélot fut encore opéré par M. Ricord de son varicocèle : « Moins pour obvier à la gêne qu'il éprouvait, dit l'auteur, que dans la crainte de le voir augmenter par les fatigues de l'exercice de la médecine à la campagne. J'ai su depuis (c'est toujours M. Hélot qui parle) que cette opération n'avait eu aucun résultat. « Ces faits, j'ai besoin de le répéter, sont du domaine public ; ils sont consignés dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine*, 1845, t. VIII, p. 287.

Ce sont de pareils résultats si souvent répétés qui ont porté, dans ces derniers temps, des esprits droits à proscrire toutes les ligatures pour en revenir à la cautérisation. Ainsi à Lyon, M. Bonnet, à Paris, MM. Laugier et Nélaton tentent le caustique de Vienne, et cherchent à en régulariser l'application, ce qui sera difficile.

J'ai observé quelques récidives même après le procédé de Breschet, qui est, selon moi, un de ceux qui doivent le mieux résoudre le problème de la cure radicale. J'ai même opéré plusieurs récidivistes des pinces de l'ancien chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu. Un entre autres avait déjà été opéré par un des élèves les plus distingués de cet hôpital, par mon collègue, le docteur Robert, qui avait si souvent vu opérer Breschet, et qui avait répété pas mal sa méthode. Il paraît qu'après mon opération il y a eu aussi une récidive. J'ai voulu la constater, voir jusqu'à quel degré ce troisième varicocèle s'est développé. Il m'a été impossible d'atteindre cet opéré qui, je le sais, a été présenté à une clinique ; ce que je ne blâme pas.

Mais voici ce que mes notes me fournissent sur ce malade, qui est employé dans un bureau, je ne sais où.

Il a d'abord été opéré, comme je l'ai dit, sans succès par M. Robert. Il était très sensible, très méticuleux, et voulut être chloroformé dans tous les temps de l'opération. Or j'ai l'habitude de placer debout, devant moi, le malade pendant que je sépare avec soin les veines du canal déférent et que je passe les fils d'argent. Pour que le malade se tienne dans cette position, je ne lui donne pas d'abord du chloroforme, j'attends le moment de l'enroulement, et je couche alors le malade. Celui-ci fut donc couché d'abord, et c'est dans cette position que je fis la séparation des veines; or cette position horizontale est très peu favorable pour le triage des éléments du cordon. Il est donc probable que j'aurai laissé échapper quelques veines. D'ailleurs chez un malade déjà opéré, il y a de ces vaisseaux qui restent très adhérents au canal déférent, et qu'il est facile de laisser échapper. De plus, cet employé avait un pissement de sang et des douleurs dans les reins qui annoncaient une complication. Ainsi il est très possible que cette récidive tienne, et à une mauvaise exécution de mon procédé, et à une diathèse variqueuse que n'ont pas ordinairement ceux qui sont opérés du varicocèle. Quoi qu'il en soit, c'est là une récidive sur plus de deux cent cinquante opérations; et, notez bien, récidive que je n'ai pu constater. A voir l'empressement qu'on a mis à montrer à d'autres ce malade, à entendre le bruit qu'on a fait autour de cette récidive, j'ai pensé que s'il en existait d'autres, j'en aurais eu connaissance, du moins indirectement.

Difformité.

On a reproché à mon procédé de laisser une cicatrice

difforme, et ce reproche me vient précisément de ceux qui ouvrent les bubons par la pâte de Vienne ! Je dois donc m'expliquer sur ce point, et dire ce qui se passe après que les fils d'argent ont été enlevés ou sont tombés. La section du pont qui sépare l'entrée de la sortie des aiguilles laisse une plaie profonde, et dont la réparation est lente à se faire. Il y a donc pendant un temps assez long une cicatrice inégale, dont le grand diamètre est mesuré par la largeur du pont et dont les petits diamètres ont à peine trois lignes. La rétractilité, cette propriété si énergique dans les tissus cicatriciels, agit peu à peu dans tous les sens et finit par réduire la difformité en une légère dépression qui se confond avec un des plis nombreux et très marqués du scrotum. J'ai revu de mes anciens malades conservant une trace si légère de l'opération, qu'il m'aurait été impossible de savoir, par la cicatrice seule, le procédé qui avait été suivi.

Il arrive quelquefois que la portion de peau qui est au-dessus des fils, vers la verge, forme une espèce de lambeau, surtout quand on a beaucoup enroulé. Ce lambeau, après la section complète des chairs, reste épais, saillant. Mais peu à peu il s'atrophie, diminue de volume, s'aplatit et se met de niveau avec la peau qui était au-dessous des fils du côté du testicule.

Observations.

Obs. Ire. — *Varicocèle. — Opération. — Rhumatisme. — Guérison.* — Un marchand ambulant, âgé de vingt-trois ans, est entré à l'hôpital le 29 mars 1849. Sa constitution est robuste, sa santé habituellement bonne ; il est brun, son tempérament est bilieux.

Il y a deux ou trois ans que le malade s'aperçut qu'il portait un varicocèle ; mais, comme il ne souffrait pas, il ne songea point à se faire opérer. De légères douleurs se firent sentir, il y a dix-huit mois, le long du cordon ; mais la tumeur n'était pas volumineuse, et les bourses du malade n'étaient pas pendantes. Ce malade sortit il y a trois mois de l'hôpital, où il s'était fait traiter d'une syphilis. M. Vidal lui conseilla de ne se faire opérer du varicocèle que lorsqu'il souffrirait, ou que la tumeur l'empêcherait de travailler. Cet homme est habituellement constipé. Ses bourses ne sont pas pendantes. Il fut un jour poursuivi par deux individus, et, pour leur échapper, il courut aussi vite que ses jambes purent le lui permettre jusqu'à sa demeure. A son arrivée, il dit avoir constaté, pour la première fois, que la bourse gauche était pendante, grosse, engorgée; des douleurs gravatives se faisaient sentir en même temps dans le cordon et dans le scrotum. La nuit dissipa ces douleurs, et le malade reprit le lendemain ses occupations de marchand ambulant. Les douleurs reparurent, la progression devint impossible, et le malade se détermina à rentrer à l'hôpital pour s'y faire opérer.

Le 3 avril, le scrotum a sa forme, sa couleur, ses rides ordinaires. Le raphé est un peu incliné à gauche (côté malade). Le testicule n'offre rien d'anormal. La tête de l'épididyme est un peu plus dure que dans l'état ordinaire ; elle forme la base d'une pyramide noueuse dont le sommet tient à l'anneau inguinal. Les veines du cordon qui forment cette pyramide offrent une consistance variqueuse ; çà et là sont des nodosités très marquées. Opération le 4 avril ; elle est pratiquée par la méthode de M. Vidal.

Le 5, le malade se plaint de douleurs qui l'ont empêché de dormir : 1 pilule d'opium.

Le 6, constipation : eau de Sedlitz. Douleurs moins vives. La nuit a été sans sommeil : 2 pilules d'opium.

Le 7, même état, même traitement. La peau devient jaune.

Le 8, la nuit a été moins mauvaise. La coloration de la peau est moins jaune.

Le 9, frissons dans la nuit. Le lendemain, tout le corps est fortement endolori; les douleurs sont violentes dans les avant-bras. Découragement : forte saignée du bras, 2 bouillons, tisane de fleurs de sureau, looch fortement diacodé; flanelles chaudes sur les membres. Le soir, douleurs dans les articulations fémoro-tibiales et dans les condes; elles ont disparu ailleurs. Le sang n'a pas offert la couenne inflammatoire.

Le 10, 25 sangsues sur l'articulation scapulo-humérale gauche où les douleurs semblent s'être concentrées.

Le 11, les douleurs articulaires persistent: 3 pots de la même tisane, 1/2 bouillon seulement.

Le 12, 20 sangsues aux articulations du genou gauche qui s'est gonflé.

Le 13, nuit bonne : 2 bouillons. Cependant les douleurs de l'articulation scapulo-humérale se font encore sentir : 10 sangsues.

Le 14, un potage. Le malade entre en convalescence; il n'offre rien de particulier.

Le 4 juin, le malade sort guéri de son affection rhumatismale et de son varicocèle. M. Vidal a revu ce marchand traînant sa petite voiture dans les rues de Paris et vendant des objets à 13 sous.

Quant à la plaie de l'opération, voici ce qui a été

observé : sur les deux piqûres, entrée et sortie des fils, il y a eu d'abord sécheresse, mais la section des chairs a eu lieu comme d'ordinaire au second septénaire, et la plaie restante a marché rapidement vers la cicatrisation. Ainsi donc voilà un rhumatisme aigu qui a marché pendant que les fils d'argent agissaient pour guérir le varicocèle, et tout s'est bien passé, puisqu'il y a eu guérison de cette infirmité et du rhumatisme.

Obs. II.—*Varicocèle.—Opération.—Fièvre typhoïde. —Guérison* (1). — Le nommé Bachelier, garçon épicier, âgé de vingt-trois ans, est entré le 10 août 1846 à l'hôpital du Midi dans le service de M. Vidal (de Cassis) ; il y fut admis pour y être traité d'une urétrite chronique légère et d'un varicocèle.

Le 12 août, en effet, il fut opéré par M. Vidal, qui a employé son procédé (l'enroulement).

Cinq à six jours après il n'avait pas encore été à la selle : on lui donna une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 20, on retira les fils, et l'on acheva la section du pont de peau qui dans cette opération se trouve entre les deux piqûres qui laissent passer les fils.

Tout se passait donc simplement et normalement, quand, le 23, Bachelier se plaignit de constipation et de mal de tête ; mais comme il n'avait pas de fièvre, l'attention fut peu éveillée. Le soir de ce jour, il eut une selle liquide, mais très peu abondante.

Le 24, il y avait de la fièvre, le mal de tête était augmenté ; on interrogea le malade avec le plus grand soin ; il dit que depuis l'opération il saignait souvent du nez, qu'il toussait aussi depuis cette époque ; que vers

(1) Observation recueillie par M. Bouteillier (de Rouen).

e 18 il avait même craché déjà un peu de sang. Remon-
ant aux antécédents, nous apprîmes que le malade
abitait Paris depuis deux ans ; qu'il occupait avant
l'entrer à l'hôpital une chambre très petite, où cou-
haient aussi deux de ses camarades ; enfin, nous dûmes
oter que depuis le 10 août il est dans une salle de ma-
ades (mais, il faut le dire, une des plus belles et des
lus saines de tous les hôpitaux de Paris) ; il nous a
ssuré qu'il n'était pas sujet à la constipation.

Le matin même (24 août), on constate les symptômes
uivants ajoutés à ceux que le malade venait d'accuser :
a langue sèche, mais du reste rien encore du côté des
onctions digestives ; râle muqueux en arrière et des
leux côtés ; crachats sanguinolents, mais le sang n'est
as intimement mêlé au mucus, il paraît au contraire
enir de la gorge.

Céphalalgie, hébétude, étourdissements, mais la vue
t l'ouïe n'offrent rien d'anormal ; insomnie la nuit pré-
édente, pendant laquelle il y a eu des hallucinations.

Fièvre, comme nous l'avons dit déjà ; enfin la plaie
st devenue sèche. Tisane de tilleul, saignée du bras.

Dans la journée, une selle liquide, peu abondante,
t quelques vomissements bilieux.

Le soir, fièvre intense, gargouillement dans la fosse
liaque droite, pas de taches sur le ventre ; mais on re-
marque l'éruption à la région sacrée, que M. Piorry a
signalée au début de la fièvre typhoïde. Les crachats et
les signes fournis par l'auscultation n'ont pas changé.

Une bouteille d'eau de Sedlitz fut prescrite par l'in-
terne : elle fut vomie en grande partie et ne purgea pas
le malade.

Le 25, une selle liquide verte avant la visite; même état que la veille: trois pots de tilleul.

Le soir, le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux à la pression, mais il y a un gargouillement extrême. Dans la journée, il y a eu encore des vomissements bilieux, mais pas de selles. Le sang paraît plus lié aux crachats que les jours précédents; râle muqueux à droite et à gauche, et un peu de râle crépitant à la base du poumon droit; matité en ce point; parole lente, peu distincte; hésitation dans les réponses; quelques moments de délire dans la journée; les yeux sont ternes.

Vers l'apophyse xiphoïde, on distingue deux petites taches lenticulaires rosées; sur la poitrine, beaucoup d'acnés fins.

Le 26, le malade a vomi trois fois depuis hier à la visite du soir (six heures); fièvre peut-être moindre (le pouls est à 100); pouls encore assez développé; langue moins rouge et un peu moins sèche que précédemment. Le malade a saigné du nez et a beaucoup toussé dans la nuit; il a rêvassé, sauté dans son lit, et, pour nous servir de ses expressions, il voyait toute la chambre bousculée.

Les taches lenticulaires que nous avions notées ont disparu, d'autres se remarquent sur la région du foie. Quant aux crachats, ils contiennent moins de sang. L'auscultation révèle du râle muqueux, surtout à droite, et la percussion de la sonorité partout, excepté à la base du poumon droit, où il y a un peu de résonnance de la voix. Il y a peu d'expansion vésiculaire dans la moitié inférieure de ce poumon. Solution de sirop de groseille, deux pots; un lavement émollient pour le soir.

Le 26 au soir, une selle liquide depuis la visite du matin ; crachats idem ; toux moindre ; fièvre moindre.

Le 27, le malade a eu au commencement de la nuit une selle liquide ; le ventre est un peu ballonné ; le gargouillement qui s'y opère s'entend à distance. On voit à la base du thorax quelques taches lenticulaires. Pouls 100, non petit, cependant moins fort que la veille ; le malade est très agité. Les crachats, peu abondants, deviennent purulents, dès hier soir ils avaient déjà cette tendance. Looch bl., solution de sirop de groseille, vin, bouillon. Le soir il y a une forte sueur ; le malade est pâle et a le facies allongé. Pouls 104, plus petit ; il y a eu deux selles liquides, très fétides, depuis le matin ; gargouillement. Bachelier dit n'avoir mal nulle part et se plaint d'avaler difficilement ; plus de toux ; deux ou trois crachats purulents ; hébétude.

Le 28, pouls 108, plus petit ; le malade dit souffrir un peu partout et surtout à la tête ; dents un peu fuligineuses, langue sèche, ventre un peu moins ballonné, fosse iliaque droite douloureuse à la pression ; depuis hier soir trois selles liquides peu abondantes, crachats idem ; le malade ne se souvient de rien, il est hébété, a la parole gênée, mais il n'est pas sourd ; de temps en temps il a du frisson suivi de sueur. Limonade citrique ; fomentation sur le ventre.

Le 28 au soir, peau très sèche, brûlante ; plus de fièvre que le matin ; dents plus fuligineuses ; ventre idem ; langue sèche, fendillée ; le malade dit qu'il souffre un peu partout ; intelligence encore plus troublée ; une selle liquide peu abondante depuis la visite du matin.

Le 29, peau sèche, pouls 112, délire la nuit, deux crachats purulents ; langue moins sèche, dents très fuli-

gineuses, soif (comme toujours) peu vive, une selle liquide peu abondante pendant la nuit, quelques frissons et ensuite de la chaleur, mais sans régularité; la rate n'est nullement volumineuse, mais elle est refoulée par les gaz intestinaux. Fomentation émolliente sur le ventre; 1 décigr. de sulfate de quinine en deux pilules; changement de salle. Le soir il tousse à peine; deux ou trois crachats comme précédemment; peau moins brûlante, mais toujours très sèche; pouls un peu moins fréquent, langue moins sèche, fosse iliaque droite un peu douloureuse à la pression, pas de selle depuis le matin, vue et ouïe bien conservées.

Le 30, langue moins sèche, déglutition difficile; ventre un peu plus ballonné, mais non douloureux; taches lenticulaires rosées très abondantes à l'épigastre et aux hypochondres; 2 selles liquides dans la nuit, mais peu abondantes (de 2 verres chaque environ). Pas de céphalalgie; pouls assez petit, à 116; le malade a été très agité au commencement de la nuit; intelligence un peu en meilleur état; crachats *idem*.—Limonade citrique, 2 décigrammes de sulfate de quinine en 2 pilules, 1 le matin, 1 le soir; fomentations, *idem*. Le soir, même état, rien de particulier à noter.

31. Depuis hier, à la visite du matin, 3 selles liquides peu abondantes. A huit heures du soir, il y a eu des vomissements verts; ventre légèrement moins ballonné, langue un peu plus sèche; pouls, 96 seulement et un peu plus développé que la veille; mais, somme toute, il y a plus de faiblesse, le facies est plus allongé. Bachelier a été assoupi et plus calme la nuit. Râle muqueux, pas de râle sibilant. Mêmes prescriptions : riz saupoudré de gomme. M. Puche et M. Courtin, son

interne, voient le malade. M. Puche diagnostique une fièvre typhoïde et tire un pronostic fâcheux du grand engouement pulmonaire qu'il constate. Ce même jour, une heure après la visite, M. Valleix examine le malade ; il est frappé du nombre de taches lenticulaires qui couvrent tout le ventre, il en voit même sur les cuisses et sur les bras. Dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, il croit à de la bronchite capillaire, et même en bas du poumon il croit à un petit point hépatisé ; il y a là du retentissement de la voix, partout beaucoup de râle muqueux; il constate enfin que la plaie est sèche, mais qu'il n'y a ni engorgement, ni inflammation, ni douleur, soit au-dessus, soit au-dessous de cette solution de continuité. M. Valleix diagnostique donc une fièvre typhoïde avec complication du côté droit de la poitrine, et il conseille un julep émétisé (0,10) qui est donné tout de suite. Le soir, le malade a vomi une fois ; il n'a pas été à la selle.

Le 1er septembre, pouls 108, petit, dépressible, peau sèche, langue sèche ; après la visite d'hier soir, le malade a vomi trois fois. Pas de selles ni hier ni cette nuit ; mais pour la première fois, cette nuit et ce matin, il a eu un peu d'incontinence des matières fécales et des urines. Ballonnement augmenté, pas de gargouillement, taches *idem;* toujours décubitus dorsal. Beaucoup de délire cette nuit; il a constamment parlé seul. Il a tossé et craché fort peu. — Julep avec sulfate de quinine, 2 décigrammes (non en pilules, parce que la déglutition est difficile); fomentations continues; un vésicatoire à chaque mollet. Le soir, pouls relevé très fréquent; on constate que le pus d'une urétrite chronique peu intense, puisqu'elle n'avait pas contre-

indiqué l'opération du varicocèle, que ce pus, dis-je, est complétement arrêté. Le malade ne peut dire depuis quand ; nous avouons une pareille ignorance, car, en face de symptômes aussi graves, celui-ci avait été un instant négligé par nous.

Le 2, M. Cullerier, remplaçant M. Vidal en congé, fait pour la première fois la visite ; il porte le même diagnostic que ses trois confrères, MM. Puche, Valleix et Vidal. Le malade a vomi la veille à quatre heures et demie. Le ventre est un peu moins ballonné, il y a du gargouillement ; l'incontinence continue. Grande soif, bouche et lèvres très sèches ; pouls assez développé, 112. Il y a du tremblement de la mâchoire inférieure ; les mains et les pieds sautent un peu. Il y a eu beaucoup d'agitation et de délire cette nuit. — Riz saupoudré de gomme, bouillon de poulet, sulfate suspendu.

Le 3, langue très sèche. Depuis hier, une selle ; le malade a demandé le bassin et n'a pas eu d'incontinence, mais il a uriné dans le lit. Ballonnement, souffrance dans le ventre, gargouillement profond. Grande agitation toute la nuit, mais délire moindre ; encore du tremblement du maxillaire inférieur, des mains et des jambes. Céphalalgie ; il tousse et crache peu ; pouls, 100.

Le 4, il se trouve mieux ; il a vomi son bouillon ; 1 selle, et il n'a uriné sous lui que pendant la nuit. Langue sèche ; pouls, 100-104 ; il a été très agité la nuit. Plus de tremblement du tout ; respiration un peu plus fréquente ; cependant ni crachats ni toux. Escarre au sacrum d'un pouce de diamètre. Les vésicatoires, quoi qu'on ait fait, sont secs ; l'urétrite, comme on le sait, est tarie ; il l'avait encore lors de l'opération.

Le 5, la bouche en général est beaucoup moins sèche ;

dents non fuligineuses. Il n'a pas été à la selle dans les vingt-quatre heures qui viennent de s'écouler, et il a toujours demandé à uriner. Un peu de gargouillement emphysémateux fin; ventre un peu moins ballonné. Moins agité, peau moins brûlante; pouls cependant à 106-108; il dit ne souffrir nulle part. Respiration un peu vive, tousse de temps en temps, ne crache pas, mais on entend un roulement dans les voies respiratoires. — Lavement émollient, bouillon de poulet.

Le 6, 1 selle depuis hier; bouche *idem*, peu de fièvre, nuit très agitée, mais sans délire; dit ne pas souffrir et demande du bouillon. Le soir, *idem;* pas de nouvelle selle, gargouillement, ballonnement, sueurs abondantes. Respiration moins fréquente.

Le 7, bouche *idem;* ventre plus plat, gargouillement, pas de selles; pouls, 100; nuit très agitée, délire, ne souffre pas; œil bon, peau très bonne. Respiration moins fréquente, absence de roulement dans les voies respiratoires. — 2 verres d'eau de Sedlitz.

Le 10, 2 selles et incontinence de matières fécales; a uriné quelquefois sous lui; bouche comme la veille; ventre plus plat, gargouillement emphysémateux superficiel; pouls 88, beaucoup plus agité cette nuit que la précédente. — 2 vésicatoires aux cuisses.

Le 11, pas de selles, ni volontaires ni involontaires; lèvres et dents nettoyées, moins de soif, ventre *idem*, peu de gargouillement; il a été tranquille cette nuit et l'aspect est meilleur: le malade lui-même se trouve bien; il urine encore parfois sous lui; pouls 106 et respiration 40, mais notons que le malade vient d'être pansé.

Le 12, bouche *idem*, ventre plat, pas de selles, gar-

gouillement; pouls 112 et petit, respiration 40; les ailes du nez se dilatent à chaque respiration; la nuit a été assez bonne, et il a eu une grande sueur hier dans l'après-midi. —Eau de Sedlitz, 2 verres.

Le 13, bouche *idem*, ventre *idem*, 3 selles volontaires dans les vingt-quatre heures; pouls 112 et petit, a été en sueur hier de onze heures à quatre heures; respiration toujours vite, tousse et crache peu; la nuit a été assez tranquille, il ne souffre nulle part.

Le 14, 3 selles depuis la veille, moins de gargouillement, ventre plat, pouls 100, respiration 32; la nuit a été bonne.

Le 15, vomissements verdâtres.

Le 16, pas de selles, ventre plat, gargouillement; pouls 96; la plaie est moins sèche depuis quelques jours et a diminué.—Eau de Sedlitz, 2 verres; 1 bouillon.

Le 17, 1 selle non liquide, pas de soif, 2 vomissements verdâtres, il n'a gardé que le deuxième verre d'eau de Sedlitz; pouls meilleur, à 96; pas de céphalalgie; — 1 potage léger.

Le 18, 1 selle, pas de vomissements, nuit très tranquille; les vésicatoires ne sont pas encore secs. — 1 bouillon, 1 potage.

Le 21, 1 portion.

Le 23, depuis plusieurs jours il ne va plus à la selle; bouche très bien, plus de soif exagérée; pouls environ à 80; les taches ont disparu; la plaie du varicocèle est presque fermée, les lèvres en ont un bon aspect. — Eau de Sedlitz, 1 verre.

Les symptômes s'amendant de jour en jour, Bachelier est sorti guéri le 8 octobre 1846, et de sa fièvre typhoïde, et de son varicocèle.

Antécédents relatifs au varicocèle. — B... n'a jamais eu d'orchite, il n'a pas de varices ailleurs.

Antécédents héréditaires, nuls. — B... n'a jamais fait d'excès ni de femmes ni de masturbation; il croit que sa maladie est de naissance; il n'en souffrait pas et il ne s'est fait opérer que parce qu'il avait vu le succès obtenu par M. Vidal (de Cassis) sur des voisins (il était entré à cause de son urétrite chronique). Jusqu'à seize ans, cet homme, qui en a vingt-trois actuellement, avait travaillé à la terre; depuis lors, il est garçon épicier et reste très souvent assis, c'est-à-dire plus de la moitié de la journée.

On voit ici une fièvre typhoïde des plus graves atteindre l'opéré pendant l'existence de la plaie qui résulte de la section d'une partie des bourses et de l'enroulement des veines, et cependant le malade guérit de cette fièvre grave et des suites de l'opération.

Obs. III. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 2, n° 12, A. R..., vingt ans, entré le 7 décembre, sorti guéri le 22 janvier. — Ce jeune homme est né de parents bien portants, et n'offrant en aucun point du corps des traces de varice. Il est lui-même d'une assez forte constitution; il a les apparences de ce qu'on appelle tempérament lymphatico-sanguin. Pendant son enfance, il eut des bronchites fréquentes qui déterminaient souvent de violents accès de toux. Il s'est livré à la masturbation; il a eu, d'assez bonne heure, des rapports sexuels; de plus, sa profession le fatigue beaucoup; il fait de longues marches.

A l'âge de dix-sept ans, il reconnut déjà que le scrotum gauche était plus volumineux, et descendait plus bas que le droit; il éprouvait une pesanteur marquée à gauche

quand il marchait. Il y a dix-huit mois, il eut un chancre au prépuce, dont il fut guéri par M. Puche. Depuis lors, il a toujours porté un suspensoir, ne s'est livré au coït que rarement, mais il a toujours marché beaucoup. Depuis six mois surtout, le varicocèle a fait des progrès sensibles ; le scrotum gauche lui paraît très lourd, et détermine des tiraillements, surtout dans la cuisse gauche, dans l'aine du même côté, quelquefois, mais rarement, du côté des reins. Vers le milieu de novembre 1843, le sentiment de pesanteur devient insupportable, se change en une véritable douleur qui s'irradie fortement jusque dans les lombes.

A. R... entre le 7 décembre 1843 à l'hôpital du Midi. On le laisse se reposer une quinzaine de jours. Sous l'influence de ce repos au lit, le varicocèle ne subit aucune amélioration ; dès que le malade se lève, il se reproduit aussi volumineux.

Le 21 décembre, M. Vidal l'opère par le procédé suivant :

Le malade est debout; le chirurgien, assis devant lui, isole les diverses parties du cordon, porte en dedans et en arrière le canal déférent. En dehors de lui, un pli de la peau contient les veines dilatées. Le pouce et l'index gauche sont entre les veines et le canal déférent, et fixent ce pli de peau. La main droite de l'opérateur tient une aiguille de près de 6 centimètres, lancéolée à une extrémité, taraudée de l'autre côté pour recevoir un fil d'argent. Cette aiguille traverse le pli de peau en dedans des veines et en dehors des doigts qui fixent ces mêmes vaisseaux. De cette façon, les vaisseaux et toute la peau au-devant d'eux sont compris dans une anse de fil d'argent qui se trouve en arrière. Les doigts

abandonnent le premier pli de peau pour en former un autre devant les vaisseaux ; en formant ce pli on rapproche nécessairement les deux ouvertures faites par l'aiguille, et qui sont traversées par le fil d'argent, lequel est un peu plié ; par ces mêmes trous on passe une autre aiguille qui entraîne après elle un autre fil d'argent : celui-ci est donc placé au-devant des veines. Les vaisseaux variqueux se trouvent ainsi compris entre deux fils d'argent situés, l'un au-devant et l'autre en arrière, et il n'y a que deux piqûres aux bourses par lesquelles entrent et sortent les deux fils. C'est là le premier temps. M. Vidal tord ensuite, et d'avant en arrière les extrémités libres des fils d'argent : les vaisseaux sont obligés de suivre le mouvement de rotation des fils qui les serrent ; il se fait donc un enroulement des veines sur ces fils, ce qui les raccourcit, et donne lieu par conséquent à une ascension du testicule. Quand cet organe est assez remonté, M. Vidal place sur la peau qui est entre les deux piqûres un rouleau de bande sur lequel il réunit et tord fortement les deux bouts du cordon métallique formé par les fils tordus déjà sur eux-mêmes.

Le malade, ainsi opéré, n'a éprouvé aucun accident ; la douleur, assez vive au moment de l'opération, s'est promptement dissipée. De temps en temps, à mesure que les parties sont coupées, on resserre les fils d'argent en les tordant de nouveau sur la bande. On diminue le diamètre du globe, ce qui diminue d'autant l'étendue de l'arc que forme l'anse des fils pour les amener plus directement l'un vers l'autre (1). — Le

(1) Pendant la torsion, je fais respirer maintenant un peu de chloroforme. En tordant très fort les fils, le plus souvent je n'y reviens plus, et il m'arrive d'abandonner le tout jusqu'au moment

15 janvier, ces fils sont tout à fait sous-cutanés, et le 17, ils ne comprennent plus qu'un très petit espace de peau, dont on opère la section, et on retire les fils. On peut constater alors que la peau et les parties sous-jacentes au niveau de la cicatrice, sont très adhérentes entre elles; que le testicule, loin d'être pendant, est très remonté, et s'est maintenu dans cette position nouvelle depuis l'opération.

Depuis le 17 janvier jusqu'au 22 du même mois, jour de la sortie de ce malade, on l'a fait marcher, se tenir debout pendant longtemps, demeurer dans une chambre très chaude, et toujours on a pu constater le même état des parties : plus de pesanteur dans les bourses, plus de tiraillement dans l'aine et dans les reins; le testicule gauche, autrefois beaucoup plus bas que le testicule droit, est même un peu plus haut que lui.

Obs. IV. — N..., vingt ans, entré le 11 janvier 1844, sorti guéri le 4 avril 1844. — Ce jeune homme porte depuis fort longtemps, sans jamais en avoir été gêné, un varicocèle considérable à gauche : le testicule de ce côté descend très bas, de plusieurs pouces au-dessous du niveau de l'autre testicule; il est même beaucoup plus petit que celui-ci; *il est évidemment très atrophié.*

Aucune sensation de douleur dans l'aine, dans les reins, jamais de coliques; seulement les bourses sont pesantes; aussi le malade porte-t-il habituellement un suspensoir. Le scrotum, surtout à gauche, présente une grande quantité de veines dilatées et très apparentes.

où il ne reste plus que quelques lambeaux de tissu cellulaire mortifiés qui tiennent encore aux fils et au rouleau de bande. Ces lambeaux sont coupés alors, et tout est fini.

M. Vidal opère ce jeune homme le 14 février, par sa méthode. Ici il y a eu des difficultés réelles : non seulement il a fallu prendre une assez bonne partie de tissus pour saisir tout le paquet variqueux, mais une veine variqueuse très dilatée ne put être dégagée du cordon testiculaire : la laisser, c'était fortement compromettre le succès de l'opération ; aussi M. Vidal se décida-t-il à la saisir, et avec elle, le canal déférent, qui lui était accolé d'une manière si intime. Au moment où l'on fit l'enroulement du cordon, le malade ne parut point souffrir davantage que les malades auxquels on ne lie que des veines ; toutefois la douleur ne se calma point presque aussitôt, comme chez les autres opérés : elle demeura vive pendant la journée. La nuit, le malade ne put reposer ; il y eut de la réaction, quelques coliques, quelques vomissements. Applications froides sur le scrotum ; 1 décigramme d'opium les deux premiers jours.

Dès le 17 février, plus de douleurs spontanées ; il ne s'en développe que par la pression du testicule, qui s'engorge, devient volumineux, et ne peut plus être séparé de l'épididyme. Il en résulte bientôt une tumeur pâteuse d'abord, plus dure ensuite, qui devient progressivement indolente, et dans laquelle on ne peut distinguer la trace du testicule ou de l'épididyme. On enlève les fils le 2 mars : il reste une plaie de l'étendue de 4 centimètres à peu près, peu profonde, mais la lèvre supérieure de cette solution de continuité forme un bourrelet de peau très épais, œdémateux, empâté, qui retarde la cicatrisation ; quand cette partie de peau est tout à fait dégorgée, il n'y a plus qu'un lambeau à base assez étroite, qui, pendant plusieurs jours, du 17

24ColorCard CameraCraft.com
STAINLESS STEEL